

**MODULO DI ADESIONE**  
alla  
**CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA**  
**N° 34950Q**

**IMPIN + NUMERO DI PRATICA**

ASSICURATO	
Cognome:	Nome:
Nato il:	a:
Residente in:	
Città:	Cap:      Prov:
C.F./P.I.:	

PREMIO ASSICURATIVO					
PREMIO TOTALE	<i>di cui imposte</i>	Perdite Pecuniarie R(16)	<i>di cui imposte</i>	INFORTUNI R(1)	<i>di cui imposte</i>
€ 30,00	€ 3,90	€ 21,00	€ 3,68	€ 9,00	€ 0,22

Dichiaro di essere a conoscenza che IMPERATORE TRAVEL WORLD S.r.l. ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n° 34950Q

Dichiaro di sottoscrivere il presente Modulo di Adesione provvedendo contestualmente al pagamento del premio di polizza riportato nel Modulo stesso alla sezione PREMIO ASSICURATIVO.

Dichiaro di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Modulo le Condizioni di Assicurazione Mod. TAD240/2 ED. 01.03.18 contenenti le norme contrattuali che disciplinano il rapporto convenuto a mio favore tra IMPERATORE TRAVEL WORLD S.r.l. ed Europ Assistance di averle lette e accettarle in ogni loro parte impegnandomi a farle conoscere agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza delle stesse.

**Consenso al trattamento dei dati per fini assicurativi**

Avendo preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi,

- presto il consenso al trattamento dei dati da parte di Europ Assistance Italia SpA per fini assicurativi,

- mi impegno a portare a conoscenza di tutti quei soggetti, i cui dati personali potranno essere trattati da Europ Assistance Italia S.p.A. in adempimento a quanto previsto nel contratto assicurativo, del contenuto dell'Informativa sul trattamento dei dati e ad acquisire dagli stessi il consenso al trattamento per fini assicurativi effettuato da Europ Assistance Italia S.p.A.

\_\_\_\_\_  
 (Luogo e data)      (Nome e cognome leggibile)      (Firma)

Prendo atto, ai sensi dell'Art. 180 del Decreto Legislativo nr. 209/2005 che la Contraente ed Europ Assistance hanno convenuto di sottoporre il contratto di assicurazione alla legislazione italiana, accettando quanto convenuto.

Dichiaro, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 C.C. i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Art. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. Altre assicurazioni; Art. Legge regolatrice della Polizza e Giurisdizione; Art. Forma del contratto; Art. Premio; Art. Aggravamento del rischio; Art. Decorrenza e durata dell'Assicurazione; Art. Protezione dei dati personali; Art. Persone non assicurabili; Artt. Oggetto dell'Assicurazione; Artt. Esclusioni; Artt. Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. Criteri di indennizzabilità.

\_\_\_\_\_  
 data e firma dell'Assicurato

Nel caso di acquisto tramite sito internet o tramite agenzia, La preghiamo di voler restituire ad Europ Assistance il presente Modulo di Adesione, debitamente compilato e sottoscritto ai seguenti indirizzi:

- via fax, al numero 02.58.47.70.67

oppure

- via e-mail, all'indirizzo [webto@europassistance.it](mailto:webto@europassistance.it)

oppure

- via posta, all'indirizzo Europ Assistance Italia S.p.A. c/o Ufficio Gestione Portafoglio e Contratti, Piazza Trento n. 8 – 20135 Milano