

**MODULO DI ADESIONE (Mod. AZ9425)**  
alla  
**CONVENZIONE EUROP ASSISTANCE ITALIA**  
**N° 40819Q**

**ASSICURATO**

Cognome _____	Nome _____	Codice Contratto _____
Nato a _____	il _____	Codice fiscale _____
Residente in _____		
Città _____	Cap. _____	Prov. _____

**UBICAZIONE IMMOBILE IN COPERTURA**

Indirizzo _____		
Città _____	Cap. _____	Prov. _____

**PREMIO ASSICURATIVO ANNUO "LUMINEA PRONTO CASA"**

RAMI	PREMIO LORDO	IMPOSTE
Ramo 18 – Assistenza	Euro 120,00	Euro 10,91

Dichiaro di voler pagare il Premio tramite (scegliere una sola opzione):

- frazionato, con addebito su conto corrente IBAN n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_
- frazionato, con addebito in bolletta su conto corrente IBAN n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_
- frazionato, con addebito su carta di credito
- in un'unica soluzione, con addebito su carta di credito
- in un'unica soluzione, con bonifico o tramite addebito su conto corrente IBAN n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza che la Contraente ha sottoscritto per conto dei propri clienti con Europ Assistance Italia S.p.A. la Convenzione n° 40819Q

Dichiaro di sottoscrivere il presente Modulo di Adesione e dalla data di sottoscrizione dello stesso, mi impegno a corrispondere il premio assicurativo annuo sopra riportato.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale di cui all'Art. 56 del Reg. IVASS n. 40/2018, ed in particolare dell'Allegato 3, 4, 4-ter e del questionario di coerenza, secondo le modalità concordate tra la Contraente ed Europ Assistance. Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Modulo di adesione il Set Informativo previsto dal Regolamento IVASS 41/2018 comprensivo delle Condizioni di Assicurazione Mod.22200 oltre all'Informativa sul trattamento dei dati, di averle lette e accettarle in ogni loro parte, con particolare riferimento a esclusioni e limitazioni di copertura. Mi impegno a far conoscere le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa sul trattamento dei dati agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza delle stesse.

Prendo atto che la Polizza e la copertura assicurativa avranno una durata di 12 mesi a partire dalle ore 24.00 del giorno di invio della welcome mail da parte della Contraente e che, in mancanza di disdetta, la Polizza è prorogata tacitamente di anno in anno.

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.

\_\_\_\_\_  
Data e firma dell'Assicurato

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

Art. - Altre Assicurazioni; Art. - Termini di prescrizione; Art. - Recesso; Art. - Recesso in caso di sinistro; Art. - Rinnovo della Polizza; Art. - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Art. - Aggravamento del rischio; Art. - Decorrenza e durata; Art. - Esclusioni; Art. - Limitazioni delle Garanzie; Art. - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

\_\_\_\_\_  
Data e firma dell'Assicurato

**AVVERTENZE**

**Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione/garanzia.**

**Per questo contratto l'impresa dispone di un'area internet riservata all'Assicurato (c.d. home insurance), pertanto dopo la sottoscrizione potrai consultare tale area, e utilizzarla per gestire telematicamente il contratto medesimo.**