

## BOSCOLO

## **MODULO DI ADESIONE**

## ALLA POLIZZA COLLETTIVA n. 1Y410004185 DI ALLIANZ PARTNERS

Contraente: BOSCOLO TOURS S.p.A.
Numero di pratica Tour Operator:
Sulla base delle informazioni fornite dall'Assicurato, l'intermediario dichiara che il contratto è coerente con le richieste ed esigenze di quest'ultimo.
lo sottoscritto
dichiaro di aderire alla polizza indicata in oggetto, per me stesso e per tutti gli altri partecipanti elencati nella prenotazione del Viaggio/Soggiorno presso il Tour Operator, abbinata alla polizza.
GARANZIE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO PROPOSTO
Annullamento o modifica del viaggio, Interruzione del viaggio, Bagaglio, Spese mediche e Assistenza in viaggio
DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE  Decorrenza e durata possono variare a seconda delle specifiche garanzie, si rimanda alla documentazione di polizza.
Data Prenotazione Viaggio/Soggiorno
Data inizio Viaggio/Soggiorno
PREMIO ASSICURATIVO
Per il premio assicurativo e per le imposte applicabili si rimanda alle condizioni di assicurazione contenute nel set informativo consegnato in fase pre-contrattuale.
Firma Assicurato
SONO CONSAPEVOLE che il Tour Operator (il Contraente) ha sottoscritto la polizza assicurativa con Allianz Partners (un marchio di AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, che identifica la Società stessa ) per conto dei propri Clienti.
Agli effetti della validità della suddetta convenzione assicurativa, DICHIARO espressamente di: a) essere consapevole che l'adesione alla polizza assicurativa è facoltativa; b) aver interesse alla stipulazione del Contratto di Assicurazione ai sensi dell'art. 1904 c.c.; c) aver ricevuto, prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione, il set informativo (così come previsto dagli degli artt. 120 e 185 del D. Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 e da Regolamento IVASS n. 41/2018) comprensivo dei Termini e Condizioni di Assicurazione e di informativa privacy; d) accettare le Condizioni di Assicurazione 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 Privacy agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza delle stesse.
Luogo e dataFirma Assicurato

Polizza IY410004185 – Allegato 4 Documenti da consegnare all'Assicurato - Modulo di adesione - Pag 1 di 1

**AWP P&C S.A.** Sede Legale

7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen France

Capitale Sociale € 18.510.562,50

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) il 1 febbraio 2010

Registro delle Imprese e delle Società Francesi n. 519490080 Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta, 32 - 20139 Milano (Italia) Tel: 02.23695.1

www.allianz-partners.it

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano n. 07235560963 - Rea 1945496 Abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta in data 3 novembre 2010 al n. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicurative, Elenco I

