

Formulaire de demande d'accord Europ Assistance Italia S.p.A. n° 42174Q

Billet(s) : GN - xxxxxxxxx

Contractant de la Convention : Grandi Navi Veloci S.p.A.

Assurance

En fonction de la police d'assurance souscrite avec le billet, la couverture d'assurance comprend les risques suivants :

- Assistance voyage et véhicule
- Maladie et frais médicaux
- Dommages matériels (en particulier aux bagages)
- Annulation de billet
- Accidents de voyage

Prix

La prime toutes taxes comprises est versée à Europ Assistance Italia S.p.A. par l'intermédiaire de la partie contractante Grandi Navi Veloci S.p.A.

Le montant de la prime est indiqué pour chaque police sur le document de voyage délivré par le preneur d'assurance.

Début et durée de la couverture d'assurance :

L'assurance de chaque Assuré, dont le nom figure sur le document de voyage délivré par l'Preneur d'assurance, commence :

- pour le voyage aller, 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire) et est valable à partir du moment où le mouvement pour atteindre le port d'embarquement commence et se termine à 24 heures du 15e jour suivant le jour du débarquement (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire)
- Pour le voyage de retour, 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure de départ réelle du navire), il est valable à partir du moment où le mouvement pour atteindre le port d'embarquement commence et se termine après 48 heures après le débarquement (sur la base de l'heure d'arrivée réelle du navire)

La durée maximale de couverture pendant la période de validité de l'Assurance est de 15 jours consécutifs.

Pour la Garantie « Annulation de Voyage » uniquement , la couverture d'assurance commence à partir de 24 heures le jour de l'achat du billet de voyage et, dans le cas de la prévente, la couverture d'assurance commence à partir de 24 heures le jour où la réservation de voyage est payée en totalité, jusqu'à la date de début du voyage. Le début

du voyage signifie le moment où le premier service acheté auprès de l'assuré commence à être utilisé.

Le soussigné déclare :

- qu'ils ont reçu l'ensemble d'informations (Mod.TAD478/3) relatif à la police, ainsi que le présent formulaire de demande ainsi que les informations sur le traitement, qu'ils les ont lus et les ont acceptés dans leur intégralité, en particulier en ce qui concerne les exclusions et les limitations de couverture
- S'engager à porter à la connaissance de l'ensemble des informations et des informations relatives au traitement des données les autres assurés qui ne pourront s'opposer à l'absence de connaissance de ceux-ci.
- d'avoir pris connaissance du fait que le preneur d'assurance et Europ Assistance Italia spa se sont mis d'accord pour soumettre le contrat d'assurance à la législation italienne, en acceptant le contenu
- d'approuver spécifiquement, conformément à l'art. 1341 et 1342 du Code civil, les articles suivants des conditions d'assurance :
 - art. Autres assurances
 - art. Prescription
 - art. Déclarations concernant les circonstances du risque
 - art. Aggravation du risque
 - art. Exclusions
 - art. Limitations de garanties
 - art. Obligations de l'assuré en cas de sinistre

Lieu et date _____

Signature de l'assuré _____

Vie privée

« Ayant pris connaissance des informations relatives au traitement des données à des fins d'assurance d'Europ Assistance Italia S.p.A.,

- l'Assuré donne son consentement au traitement des données par Europ Assistance Italia S.p.A. à des fins d'assurance, y compris les données personnelles relatives à la santé nécessaires à la gestion de la police

- l'Assuré s'engage à informer toutes les personnes dont les données personnelles, y compris les données relatives à la santé, peuvent être traitées par Europ Assistance Italia S.p.A., conformément aux dispositions de la police, du contenu des Informations sur le traitement des données et à obtenir de leur part le consentement au traitement à des fins d'assurance effectué par Europ Assistance Italia S.p.A. »

Lieu et date _____

Signature de l'assuré _____

En cas d'achat sur le site internet de l'Assuré ou par l'intermédiaire du centre d'appels, ce Formulaire de Demande dûment complété et signé doit être retourné à l'adresse suivante:

- Par la poste : insurance@gnv.it