

Formulario de solicitud para el Acuerdo de Europ Assistance Italia S.p.A. n.º 42174Q

Entrada(s): GN - xxxxxxxxx

Contratista del Convenio: Grandi Navi Veloci S.p.A.

Cobertura de seguro

Dependiendo de la póliza de seguro adquirida con el billete, la cobertura del seguro incluye los siguientes riesgos:

- Asistencia en viaje y vehículo
- Enfermedad y gastos médicos
- Daños a la propiedad (con especial referencia al equipaje)
- Cancelación de entradas
- Accidentes de viaje

Premio

La Prima con impuestos incluidos se paga a Europ Assistance Italia S.p.A. a través de la Parte Contratante Grandi Navi Veloci S.p.A.

El importe de la prima se muestra para las pólizas individuales en el documento de viaje emitido por el Titular de la Póliza.

Inicio y duración de la cobertura del seguro:

El seguro para cada Asegurado individual, cuyo nombre figura en el documento de viaje emitido por el Asegurado, comienza:

- para el viaje de ida, 48 horas antes de la hora oficial de embarque (basado en la hora real de salida del barco) y es válido desde el momento en que comienza el movimiento para llegar al puerto de embarque y termina a las 24 horas del día 15 siguiente al día de desembarque (basado en la hora real de llegada del barco)
- Para el viaje de regreso, 12 horas antes de la hora oficial de embarque (según la hora de salida real del barco) es válido desde el momento en que comienza el movimiento para llegar al puerto de embarque y finaliza después de 48 horas desde el desembarque (según la hora real de llegada del barco)

La duración máxima de la cobertura durante el período de validez del Seguro es de 15 días consecutivos.

Solo para la Garantía de "Cancelación de viaje", la cobertura del seguro comienza a partir de las 24 horas del día de la compra del boleto de viaje y, en el caso de la preventa, la cobertura del seguro comienza a partir de las 24 horas del día en que la reserva de viaje se paga en su totalidad, hasta la fecha de inicio del viaje. El inicio del viaje significa el momento en que se comienza a utilizar el primer servicio comprado al Tomador.

El abajo firmante declara:

- que han recibido el Conjunto de Información (Mod.TAD478/3) relativo a la Póliza, junto con este formulario de solicitud, así como la información sobre el tratamiento, que los han leído y aceptado en su totalidad, con especial referencia a las exclusiones y limitaciones de la cobertura
- comprometerse a dar a conocer la información establecida y la información sobre el tratamiento de los datos a los demás asegurados que no podrán oponerse al desconocimiento de los mismos.
- haber tomado nota de que el Tomador del Seguro y Europ Assistance Italia spa han acordado someter el contrato de seguro a la legislación italiana, aceptando el contenido
- aprobar específicamente, de conformidad con el art. 1341 y 1342 del Código Civil, los siguientes artículos de las condiciones del seguro:
 - arte. Otros seguros
 - arte. Plazo de prescripción
 - arte. Declaraciones sobre las circunstancias del riesgo
 - arte. Agravamiento del riesgo
 - arte. Exclusiones
 - arte. Limitaciones de las garantías
 - arte. Obligaciones del asegurado en caso de siniestro

Lugar y fecha _____

Firma del Asegurado _____

Privacidad

"Habiendo tomado nota de la información relativa al tratamiento de datos con fines de seguro de Europ Assistance Italia S.p.A.,

- el Asegurado da su consentimiento para el tratamiento de datos por parte de Europ Assistance Italia S.p.A. con fines de seguro, incluidos los datos personales relacionados con la salud necesarios para la gestión de la póliza
- el Asegurado se compromete a informar a todos aquellos sujetos cuyos datos personales, incluidos los datos relativos a la salud, puedan ser tratados por Europ Assistance Italia S.p.A., de conformidad con las disposiciones de la póliza, del contenido de la Información sobre el tratamiento de datos y a obtener de ellos el consentimiento para el tratamiento con fines de seguro realizado por Europ Assistance Italia S.p.A."

Lugar y fecha _____

Firma del Asegurado _____

En el caso de compra a través de la página web del Asegurado o a través del call center, este Formulario de Solicitud debidamente cumplimentado y firmado deberá ser devuelto a la siguiente dirección:

- Por correo: insurance@gnv.it