

**Modulo di Adesione**  
 alla  
**Polizza/Convenzione n° 270321 - ALI@TOP**

ASSISTENZA IN VIAGGIO, RSM, BAGAGLIO, ANNULLAMENTO E INTERRUZIONE VIAGGIO, COVER STAY, BACK HOME, MY PERSONAL DOCTOR E RITARDO AEREO

TRA

**Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia**

E

**ALIDAYS S.P.A.**

Contraente del Modulo di Adesione

Cognome Nome/ Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**Assicurati**

Cognome	Nome
1° assicurato _____	_____
2° assicurato _____	_____
3° assicurato _____	_____
4° assicurato _____	_____

**Dati tecnici**

**Data prenotazione viaggio:** \_\_\_\_\_

**Data inizio viaggio:** \_\_\_\_\_

**Data fine viaggio:** \_\_\_\_\_

**Destinazione viaggio:** \_\_\_\_\_

**Costo del Viaggio:** \_\_\_\_\_

**Premio**

**Quota di partecipazione del Viaggio**

Fino a € 300
Da € 301 a € 500
Da € 501 a € 750
Da € 751 a € 1.000
Da € 1.001 a € 1.500
Da € 1.501 a € 2.000
Da € 2.001 a € 3.000
Da € 3.001 a € 4.000
Da € 4.001 a € 5.000
Da € 5.001 a € 6.000
Da € 6.001 a € 8.000
Da € 8.001 a € 10.000
Da € 10.001 a € 12.000
Da € 12.001 a € 14.000
Da € 14.001 a € 15.000
Da € 15.001 a € 16.000
Da € 16.001 a € 18.000
Da € 18.001 a € 20.000
Da € 20.001 a € 30.000

**Ramo Assicurativo**

Ramo 02
Ramo 18
Ramo 07
Ramo 16

**PREMIO UNITARIO PER ASSICURATO**

**Premio lordo per assicurato €**

17
24
32
39
54
73
101
129
159
185
229
289
379
439
469
499
559
589
699

**Imposte applicate**

%
2,5
10
12,5
21,25

**Percentuale di premio attribuito al Ramo %**

35
10
5
50

**SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ADERENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO**

Dichiaro di aver ricevuto Documentazione Informativa Precontrattuale che disciplina il rapporto convenuto a mio favore tra ALIDAYS S.P.A. ed Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia (Set Informativo), e di aver letto e accettato, impegnandomi a farle conoscere agli altri Assicurati che non potranno opporre la non conoscenza, le condizioni della polizza assicurativa, importo del premio incluso. Inoltre dichiaro di conoscere l'informativa per il Trattamento dei Dati Personali, riportata nel set informativo ricevuto, e di prestare il consenso per il trattamento dei dati ivi indicati.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contraente del Modulo di Adesione

- 1) Sei interessato a proteggere il tuo volo/viaggio con una polizza integrazione spese mediche?  
 2) Sono informato sulla possibile presenza di scoperti, franchigie, carenze limiti e/o esclusioni

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

3) Durata della copertura assicurativa, 5) Foro competente

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contraente del Modulo di Adesione

Dichiaro di voler ricevere via e-mail in formato elettronico la documentazione contrattuale e ulteriore documentazione in corso di contratto.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contraente del Modulo di Adesione

si no  
 si no

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contraente del Modulo di Adesione

La seguente dichiarazione è valida solo in caso di risposta SI a tutte le domande del questionario; in caso di risposta NO anche ad una sola delle domande del questionario il contratto offerto non è coerente con le richieste ed esigenze del contraente e NON può essere stipulato. In base alle informazioni raccolte dal Distributore, ai sensi di quanto previsto dalla normativa di recepimento della direttiva UE 2016/97 sulla distribuzione assicurativa (IDD) e in particolare dall'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018 la proposta risulta individuata in maniera coerente e risulta adeguata alle esigenze assicurative del cliente.