

Modulo di Adesione
alla
Polizza/Convenzione n° 290321 - ALI@TOP PLUS

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

PREMIO UNITARIO PER ASSICURATO

Quota di partecipazione del Viaggio

Premio lordo per assicurato €

Fino a € 300	32,5
Da € 301 a € 500	45
Da € 501 a € 750	60
Da € 751 a € 1.000	72
Da € 1.001 a € 1.500	92,5
Da € 1.501 a € 2.000	117,5
Da € 2.001 a € 3.000	150
Da € 3.001 a € 4.000	192,5
Da € 4.001 a € 5.000	231
Da € 5.001 a € 6.000	261
Da € 6.001 a € 8.000	340
Da € 8.001 a € 10.000	446
Da € 10.001 a € 12.000	540
Da € 12.001 a € 14.000	630,5
Da € 14.001 a € 15.000	790
Da € 15.001 a € 16.000	810
Da € 16.001 a € 18.000	893,5
Da € 18.001 a € 20.000	987
Da € 20.001 a € 30.000	1.112,00

Ramo Assicurativo

Imposte applicate %

Percentuale di premio attribuito al Ramo %

Ramo 02	2,5	25
Ramo 18	10	10
Ramo 07	12,5	5
Ramo 16	21,25	60

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.