

....., lì

Spettabile
AMI ASSISTANCE S.r.l.
Via Paracelso n. 24
20864 – Agrate Brianza

Anticipata via e-mail all'indirizzo: info@amiassistance.it

OGGETTO: richiesta di valutazione del rischio per sottoscrizione polizza AmiTravel Protection

La scrivente
con sede legale inProvincia (...)
via/piazza..... C.a.p.
p.ivacodice fiscale
Tel: Fax: indirizzo di posta elettronica
(di seguito il Richiedente)

Premesso che il Richiedente:

è interessato alla sottoscrizione di un contratto assicurativo idoneo a garantire alla propria clientela (barrare le prestazioni richieste, le prestazioni B e C non possono essere acquistate singolarmente ma, devono essere accessorie alla garanzia A):

- ☐ **A.** dai **rischi relativi all'insolvenza/fallimento** della stessa secondo l'Art. 50 del Codice del Turismo (D. Lgs n. 79 del 23/05/2011) e alla Direttiva UE 2015/2302 del 25/11/2015;
- ☐ **B.** ad essere conforme al **diritto all'assistenza dell'assicurato** (secondo l'art. 13 par 7 Direttiva UE 2015/2302 e art.42 comma 6 D.Lg 21/5/88 n.62);
- ☐ **C.** fornire **assistenza al viaggiatore H 24** (conforme all'art.16 Direttiva UE 2015/2302 e all'art. 45 e42 comma 6 e 7 D. Lg 21/5/18 nr62)
- ha verificato la disponibilità tramite Ami Assistance di ottenere una copertura assicurativa in grado di soddisfare le proprie esigenze indicate al punto elenco che precede;
 - ha preso atto che Ami Assistance, intende, prima di sottoporre tale richiesta alle Compagnie interessate a sottoscrivere il rischio oggetto delle Premesse, verificare la situazione patrimoniale, amministrativa, reddituale, etc della Scrivente, tramite invio di appropriata documentazione a ICC – International Care Company Srl soggetto terzo all'uopo incaricato;
 - acconsente espressamente a procedere nei termini poc'anzi indicati.

Si conviene quanto segue:

1. Le premesse formano parte integrante della presente comunicazione;
2. Il Richiedente, s'impegna a trasmettere all'indirizzo info@amiassistance.it la documentazione necessaria alla valutazione richiamata nelle Premesse, così meglio dettagliata:

DOCUMENTI DA INVIARE	Società di capitali (Srl/Spa)	Società di persone (Snc/Sas)	Agenzia di nuova costituzione	Note
Lettera richiesta valutazione	x	x	x	
Mod. Unico con WG78 U	x	x		
Mod. Unico Titolare		x	x	
Ultimo bilancio depositato (o conto economico per le Snc) + bilancio di verifica (non anteriore a due mesi dalla presente)	x	x		
Polizza RC con quietanza aggiornata	x	x	x	
Visura camerale e Scia			x	
Copia del bonifico a ICC	x	x	x	vedi IBAN
File excel con mensilizzazione del fatturato	x	x	x	rigo D01 e D03

3. Il Richiedente prende atto che l'accoglimento ovvero il rigetto della presente richiesta da parte delle Compagnie sottoscrittrici del rischio, costituisce facoltà insindacabile di quest'ultime e prende atto che il semplice invio della presente richiesta non potrà costituire alcun vincolo per le stesse, per Ami Assistance e / o ICC International Care Company a far assumere il rischio definito nelle premesse;
4. Il Richiedente dichiara di non essere in una delle situazioni previste alle sezioni 1 e 2 agli art. 1.1 e 2.1 del fascicolo informativo;
5. Per lo svolgimento dell'attività indicata nelle premesse il Richiedente s'impegna a corrispondere alla ICC - International Care Company srl una somma di euro 60,00 + IVA, comunque dovuta indipendentemente dall'esito della valutazione.
6. In caso di assunzione del rischio da parte della Compagnia, il Richiedente prende atto che in caso di non disdetta da parte della Scrivente e, prima della scadenza annuale, ICC International Care Company Srl procederà di nuovo alla valutazione del rischio sulla base dei nuovi dati che la Scrivente sin da ora s'impegna a fornire. Il costo per tale valutazione dopo il primo anno viene fissato in Euro 40,00 + IVA da corrispondersi sempre alla ICC International Care Company Srl.
7. Resta espressamente inteso come le somme indicate al punto elenco 4 e 5 saranno dovute anno per anno dal Richiedente alla ICC International Care Company Srl anche in caso di malaugurata redazione di una valutazione negativa, che escluda l'assumibilità per l'ulteriore annualità del rischio proposto.
8. In caso vengano scelte le garanzie "diritto all'assistenza" e "l'assistenza H24" (vedi punti B e C della presente richiesta), l'agenzia dovrà fornire il nome di un referente della stessa in caso di necessità della centrale operativa:

NOME E COGNOME: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

.....

(Timbro e firma del Legale Rappresentante)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196 del 2003 e successive modificazioni, il sottoscritto dichiara di autorizzare AMI ASSISTANCE al trattamento dei dati comunicati per l'espletamento delle attività richieste con la presente comunicazione e a trasmettere a ICC International Care Company Srl tutta la documentazione che fornirà nell'ambito della presente richiesta di valutazione e dei successivi rinnovi annuali.

(Timbro e firma del Legale Rappresentante)

- DATI CONTO CORRENTE ICC INTERNATIONAL CARE COMPANY SRL:
Banca di Credito Cooperativo di Carate Brianza
IBAN: IT 71 E 08440 32390 000000211841

CAUSALE: RICHIESTA VALUTAZIONE ATP AGENZIA _____

(Ragione Sociale scrivente)