



Questionario per la richiesta delle esigenze del Cliente

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Sono interessato a proteggere il mio viaggio e/o volo | SI | NO |
| 2) Sono informato sulla possibile presenza in polizza di scoperti, franchigie, carenze, limiti e/o esclusioni | SI | NO |

Confermo di aver preso visione della documentazione pre-contrattuale(Set Informativo)

Data

Firma



Inter Partner Assistance S.A.

Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni

Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1

Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato – Gruppo AXA Partners

N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993

Registro delle Imprese di Roma RM – Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151

