



RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA PER NON SOCI IN ATTIVITÀ SEZIONALE

Modulo n. 5

RACCOMANDATA o FAX : 02205723201

..... li

Alla Sede Centrale del
Club alpino italiano
Ufficio assicurazioni
Via E. Petrella 19 - 20124 MILANO -

La sezione di..... /sottosezione di.....

richiede le seguenti coperture assicurative per N..... **NON SOCI:**

- SOCCORSO ALPINO per un giorno € 0,94**
- SOCCORSO ALPINO da due a sei giorni € 1,88**
- INFORTUNI COMBINAZIONE A € 3,76 (al giorno per persona)**
(Massimali: caso morte € 55.000; invalidità permanente € 80.000; spese di cura € 1.600)
(attività:)¹
- INFORTUNI COMBINAZIONE B € 7,52 (al giorno per persona)**
(Massimali: caso morte € 110.000; invalidità permanente € 160.000; spese di cura € 2.000)
(attività:)¹

(barrare le caselle opportune)

I - Specificare il tipo di attività fra quelle di seguito elencate: corsi (alpinismo, sci-alpinismo, fondofondo-escursionismo, speleologia, alpinismo giovanile, arrampicata libera/sportiva, ghiaccio, aggiornamento/formazione, roccia, escursionismo, tutela ambiente montano); gite (alpinistica, escursionistica); corsi presciistica. L'elenco è a titolo esemplificativo. Se l'attività non è indicata, specificarla comunque nell'apposito spazio.

NB: Per quel che riguarda le manutenzioni (sentieri, rifugi etc) e le riunioni (assemblee, congressi etc) non è possibile richiedere la copertura per i non soci in quanto suddette attività sono espletabili solo dai soci CAI.

per le seguenti giornate:

NB: E' OBBLIGATORIO allegare elenco completo dei partecipanti specificando: cognome - nome - data di nascita – tipo di combinazione prescelta .

In caso contrario la richiesta non verrà accettata.

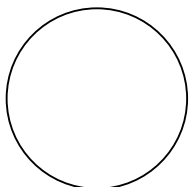
IMPORTO TOTALE

- N. x €..... = €..... (soccorso alpino)
- N. x €..... x giorni = €..... (infortuni combinazione A)
- N. x €..... x giorni = €..... (infortuni combinazione B)

PERSONA CONTATTABILE IN ORARIO DI UFFICIO PER CHIARIMENTI

..... Tel (.....)e-mail.....

Timbro della Sezione



Firma del Presidente della Sezione

oppure

Reggente della Sottosezione

(In possesso di delega dal Presidente della Sezione di appartenenza)
(Dichiarazione di responsabilità art. 47e 48 ai sensi DPR 445/2000.) (*)

N.B.: Le richieste non inviate a mezzo raccomandata e/o fax n. 02205723201 entro le ore 24 del giorno precedente l'uscita o che pervengano senza data dell'attività, senza firme leggibili o sprovviste di timbro non verranno prese in considerazione.

(*) Art. 76 del D.L. 445 del 28/12/2000: 1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi di Codice Penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

ELENCO NON SOCI DA ASSICURARE

(barrare per ogni nominativo le caselle relative alle coperture assicurative richieste)

N.	COGNOME	NOME	DATA NASCITA	INFORTUNI		SOCC. ALPINO
				Comb.A	Comb. B	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

(Allegare elenco se lo spazio è insufficiente)