



## RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA PER NON SOCI IN ATTIVITÀ SEZIONALE

(In vigore dal primo maggio 2010)

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 € 1,00**

**SOCCORSO ALPINO da due a sei giorni € 2,00**

**INFORTUNI COMBINAZIONE A € 4,50 (al giorno per persona)**

(Massimali: caso morte € 55.000; invalidità permanente € 80.000; spese di cura € 1.600)

(attività: .....)<sup>1</sup>

**INFORTUNI COMBINAZIONE B € 8,50 (al giorno per persona)**

(Massimali: caso morte € 110.000; invalidità permanente € 160.000; spese di cura € 1.600)

(attività: .....)<sup>1</sup>

(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)

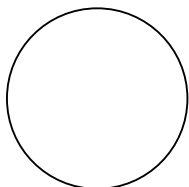
N. .... x €..... x ..... giorni = €. .... (infortuni combinazione A)

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 firme leggibili e sprovviste di timbro non vengono 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)