

CLUB ALPINO ITALIANO



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Presso la Sezione di SANSEPOLCRO

Il/la sottoscritto/a

Nome.....Cognome.....

Data di nascita..... Sesso M/F

Codice Fiscale.....

Email.....Telefono.....Cellulare.....

Indirizzo..... N°.....

Indirizzo (dati aggiuntivi).....

Località/Frazione.....

CAP.....

Città/Comune.....

Provincia.....

Nazione.....

Titolo di studio.....Professione.....

chiede di essere iscritto al Club Alpino Italiano e dichiara di obbligarsi alla osservanza dello Statuto e dei Regolamenti sociali.

Dichiara di non essere iscritto ad altra sezione del CAI per l'anno in corso e di non esserlo stato durante l'anno precedente.

.....li.....

Firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a,

ricevuta, letta e compresa l'informativa di cui all'art. 13 Reg 679/16 EU e preso atto dei diritti dell'interessato, **esprime il proprio consenso**

al trattamento dei suoi dati personali per un tempo ultraventennale allo scopo esclusivo di poter eventualmente in futuro recuperare l'anzianità associativa;

all'invio di Comunicazioni e/o Pubblicazioni **non istituzionali**:

- le pubblicazioni non istituzionali della Sede Legale
- le pubblicazioni non istituzionali del Gruppo Regionale cui afferisce la Sezione di Appartenenza
- le pubblicazioni non istituzionali della Sezione di Appartenenza
- le comunicazioni non istituzionali della Sezione di Appartenenza
- le comunicazioni non istituzionali del Gruppo Regionale cui afferisce la Sezione di Appartenenza
- le comunicazioni non istituzionali della Sede Legale

.....li.....

NomeCognome.....

Firma

L'iscrizione al Sodalizio garantisce automaticamente la copertura assicurativa per gli infortuni e la responsabilità civile verso terzi in attività istituzionale e per le spese inerenti il Soccorso Alpino, di cui di seguito si forniscono i dettagli.

MASSIMALI E COSTI ANNO 2020

COPERTURE ASSICURATIVE PER I SOCI

COPERTURE INFORTUNI SOCI IN ATTIVITA' ISTITUZIONALE

Massimali Combinazione A

Caso di morte € 55.000

Caso invalidità permanente €80.000

Rimborso spese di cura € 2.000 (franchigia € 200)

PREMIO COMPRESO NELLA QUOTA ASSOCIATIVA

ADERISCO ALLA COMBINAZIONE **A**

Firma.....

Massimali Combinazione B

Caso di morte € 110.000

Caso invalidità permanente €160.000

Rimborso spese di cura € 2.400 (franchigia € 200)

PREMIO AGGIUNTIVO ANNUO PER COMBINAZIONE B è di € 3.40

ADERISCO ALLA COMBINAZIONE **B**

Firma.....