



RICHIESTA AUMENTO MASSIMALI PER POLIZZA INFORTUNI

Alla Sede Centrale del
Club Alpino Italiano
Ufficio Assicurazioni
Via E. Petrella, 19
20124 MILANO

.....li:.....

IL SOTTOSCRITTO SOCIO DELLA SEZIONE DI.....BRA.....

**PRESO ATTO CHE LA COPERTURA INFORTUNI VALIDA DAL 01/01/2024 PER TUTTI I SOCI
PREVEDE I SEGUENTI MASSIMALI:**

**Caso Morte Euro 55.000,00; Caso invalidità permanente Euro 80.000,00;
Spese mediche Euro 2.500,00 (franchigia €.200,00)**

RICHIEDE PER L'ANNO 2024

L'AUMENTO DEI MASSIMALI PER LA SUDETTA POLIZZA INFORTUNI:

**Caso morte Euro 110.000,00; Caso invalidità permanente Euro 160.000,00; Spese
mediche Euro 3000,00 (franchigia €.200,00)**

COSTO: Euro 5,15

DATI DEL SOCIO

NOME..... COGNOME.....

DATA DINASCITA.....

TEL.E-MAIL.....

**Firma del Socio
(o di chi ne fa le veci)**

**Timbro della Sezione e
Firma del Segretario**



PERSONA PER SEZIONE O SOTTOSEZIONE CONTATTABILE IN ORARIO DI UFFICIO PER CHIARIMENTI

...Sige-mail.....

**** 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 del Codice Penale e delle leggi speciali in materia. 2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a uso di atto falso.**

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