



RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI SOCCORSO

Polizza Infortuni n° 178257664

Alla Sede Centrale del Club alpino italiano - Ufficio assicurazioni
Via E. Petrella 19 - 20124 MILANO - PEC (cai@pec.cai.it)

DATI SOCIO INFORTUNATO

COGNOME:	NOME:	
DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:	
INDIRIZZO:		
TELEFONO:	E-MAIL:	
SEZIONE DI APPARTENENZA:	IMPORTO DA RIMBORSARE:	
BANCA:		
INTESTAZIONE CONTO CORRENTE:		
IBAN:		

Data intervento.....Località.....

Stato.....Quota.....

barrare con una X le voci interessate

ATTIVITA' COINVOLTA	
ALPINISMO	<input type="checkbox"/>
ARRAMPICATA FALESIA	<input type="checkbox"/>
CASCATA GHIACCIO	<input type="checkbox"/>
ESCURSIONISMO	<input type="checkbox"/>
FERRATA	<input type="checkbox"/>
SCI ALPINISMO	<input type="checkbox"/>
SCI FONDO ESCURSIONISTICO	<input type="checkbox"/>
SCI SU PISTA	<input type="checkbox"/>
SCI FUORI PISTA	<input type="checkbox"/>
SPELEOLOGIA	<input type="checkbox"/>
MOUNTAIN BIKE	<input type="checkbox"/>
ALTRO	<input type="checkbox"/>

CAUSA INCIDENTE	
CADUTA CREPACCIO	<input type="checkbox"/>
CADUTA SASSI	<input type="checkbox"/>
CADUTA VARIA	<input type="checkbox"/>
CEDIMENTO APPIGLIO	<input type="checkbox"/>
ERRATA MANOVRA CORDA	<input type="checkbox"/>
FOLGORAZIONE	<input type="checkbox"/>
INCAPACITA'	<input type="checkbox"/>
MALORE	<input type="checkbox"/>
MALTEMPO	<input type="checkbox"/>
MORSO VIPERA	<input type="checkbox"/>
PERDITA ORIENTAMENTO	<input type="checkbox"/>
PUNTURA INSETTI	<input type="checkbox"/>
RITARDO	<input type="checkbox"/>
SCIVOLATA	<input type="checkbox"/>
SFINIMENTO	<input type="checkbox"/>
VALANGA	<input type="checkbox"/>
ALTRO	<input type="checkbox"/>

STATO FISICO	
ILLESO	<input type="checkbox"/>
FERITO LEGGERO	<input type="checkbox"/>
FERITO GRAVE	<input type="checkbox"/>
DECEDUTO	<input type="checkbox"/>
DISPERSO	<input type="checkbox"/>

ELICOTTERO IMPIEGATO	
AIR GLACIER	<input type="checkbox"/>
AIR ZERMATT	<input type="checkbox"/>
CHRISTOPHORUS FLUG.	<input type="checkbox"/>
GENDARMERIE	<input type="checkbox"/>
REGA	<input type="checkbox"/>
TYROLEAN AMBULANCE	<input type="checkbox"/>
ALTRO	<input type="checkbox"/>
NESSUNO	<input type="checkbox"/>

BREVE DESCRIZIONE(*):.....

ATTENZIONE. E' necessario allegare alla presente denuncia:

- copia del documento di identità valido del dichiarante;
- autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (Legge sulla Privacy);
- copia della fattura
- copia dell'avvenuto pagamento

In mancanza di tale documentazione, non si potrà dar seguito all'apertura del sinistro.

Firma del Socio / Assicurato

DATA _____

Dichiara

Di aver preso atto dell'informativa resa ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679, e acconsente al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali nell'ambito e con i limiti indicati nell'informativa e a condizione che siano rispettate le disposizioni della normativa vigente.

L'Assicurato.....

* 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.