



AUMENTO MASSIMALI PER POLIZZA INFORTUNI

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

**IL SOTTOSCRITTO SOCIO DELLA SEZIONE DI FERRARA
SOTTOSEZIONE DI**

**PRESO ATTO CHE LA COPERTURA INFORTUNI VALIDA PER L'ANNO 2018 PER TUTTI I SOCI
PREVEDE I SEGUENTI MASSIMALI:**

Caso Morte Euro 55.000,00; Caso invalidità permanente Euro 80.000,00; Spese mediche Euro 2.000,00

RICHIEDE **NON RICHIEDE / RINUNCIA A**

**PER L'ANNO 2018 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 2.400,00**

DATI DEL SOCIO

NOME.....

COGNOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

INDIRIZZO.....

CODICE FISCALE.....

TEL. E-MAIL.....

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

.....

**Il Presidente
CLUB ALPINO ITALIANO SEZ. DI FERRARA
(Leonardo Caselli)**

**Il Reggente della Sottosezione
(solo se il Socio è iscritto alla Sottosezione)**

.....

*** Dichiarazione di responsabilità art. 47 e 48 ai sensi DPR 445/2000**

(da compilare e sottoscrivere solo se il rinnovo / tesseramento non viene richiesto personalmente dal Socio)

Il sottoscritto (nome e cognome) dichiara di sottoscrivere la sopra riportata dichiarazione nella sua qualità di genitore / tutore / delegato del Socio e di essere a conoscenza delle conseguenze previste dall'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.

(firma)

**PERSONA PER SEZIONE O SOTTOSEZIONE CONTATTABILE IN ORARIO DI UFFICIO PER CHIARIMENTI
sig. FOGLI ANTONIO Tel. 3286781905**