



DOMANDA DI RINNOVO

Il sottoscritto già iscritto al Club Alpino Italiano

proveniente dalla sezione di _____ solo per cambio sezione

- Ordinario (Euro 46)
- Familiare (Euro 25)
- Juniores (Euro 25) Tra i 18 e 25 anni (nati dal 1-1-97 al 31-12-2004)
- Giovane (Euro 19) fino a 17 anni (nati dal 1-1-2005 ad oggi)

chiede il rinnovo dell'iscrizione per l'anno 2022

Cognome Nome _____

Nominativo di riferimento _____

(se Familiare Sorio Ordinario di riferimento o se Giovane Genitore di riferimento)

Anno di nascita _____

Cell. _____

obbligatorio

Email _____

Sei interessato alla Integrazione Prodotti Assicurativi
cioè raddoppio Massimali solo per uscite Istituzionali?

NO

SI 5 € = (4,6+0,4 contributo)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Anzianità Do il consenso al trattamento dei miei dati personali per un tempo ultraventennale
allo scopo esclusivo di poter eventualmente in futuro recuperare l'anzianità associativa

Do il consenso

Nego il consenso

è interessato a ricevere	rivista Montagne 360	SI <input type="checkbox"/>	al socio Ordinario e Giovane	<input type="checkbox"/>	Non spedire
			è spedita gratuitamente su carta		
			al socio Familiare a pagamento di €12,5		
SE NON DESIDERI L'INVIO MAIL SCEGLI ALTRA OPZIONE					
Comunicazioni Istituzionali e invio e-Mail da Sede Centrale	<input checked="" type="checkbox"/>	Elettroniche	<input type="checkbox"/>	Non spedire	
Pubblicazioni e Comunicazioni della Sede Centrale	<input checked="" type="checkbox"/>	Elettroniche	<input type="checkbox"/>	su carta	<input type="checkbox"/> non interessato <input type="checkbox"/> Non spedire
non Istituzionali del Gruppo Regionale	<input checked="" type="checkbox"/>	Elettroniche	<input type="checkbox"/>	su carta	<input type="checkbox"/> non interessato
della Sezione di Appartenenza	<input checked="" type="checkbox"/>	Elettroniche	<input type="checkbox"/>	su carta	<input type="checkbox"/> non interessato

Variazioni indirizzo

Via _____

N° _____

Località _____

CAP _____

Città _____

Prov _____

Imola li _____

Firma _____

(Socio di riferimento o Genitore di riferimento se Giovane)

incaricato CAI _____

ESEMPI

Premi assicurativi - esempi						
Massimali Assicurativi	uscite istituzionali				uscite personali	
	Normal	Integrato	Integr.+ Comb A	Integr.+ Comb B	Comb A	Comb B
Caso di Morte	55.000	110.000	165.000	220.000	55.000	110.000
invalidità permanente	80.000	160.000	240.000	320.000	80.000	160.000
Rimborso spese di cura	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
Franchigia	200	200	200	200	200	200