



CLUB ALPINO ITALIANO

DOMANDA DI RINNOVO

Il sottoscritto già iscritto al Club Alpino Italiano
proveniente dalla [sezione di](#)

chiede il rinnovo dell'iscrizione per l'anno **2026**

Cognome Nome

Non Variato

Nominativo di riferimento

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

Non Variata

Anno nascita

Cell.

Email

[Confermo preferenze anno precedente](#)



ALTRIMENTI

esprimo nuove preferenze nella seguente **PARTE PRECOMPILATA**

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 la Rivista del CAI?		NO ☐	SI in formato Elettronico ☐	o su Carta ☐			
al socio Ordinario e Giovane è spedita gratuitamente, al socio Familiare a pagamento di € 10							
Pubblicazioni e Comunicazioni NON ISTITUZIONALI	Sede Centrale	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
	Gruppo Regionale	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
	Sez di Appartenenza	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
Comunicazioni Istituzionali	Sede Centrale	SI ☒	NO ☐	invio e-Mail Istituzionali Sez Appart		SI ☒	NO ☐

PRODOTTI ASSICURATIVI INTEGRATIVI **BARRANDO IL SI, SI SCEGLIE L'INTEGRAZIONE ASSICURATIVA**

raddoppio Massimali solo per uscite Istituzionali	5,15 €	☐ SI	☒ NO
Altri Prodotti in	Infurtuni Soci Comb. A	126,5 €	☐ SI ☒ NO
Attività Personale	Infurtuni Soci Comb. B	252,9 €	☐ SI ☒ NO
Rc Soci Attività Individuale compreso SCI		12,5 €	☐ SI ☒ NO
Istruttore Comb A-12 mesi	Istruttore Comb B-12 mesi	126,5€	☐

Massimali Assicurativi	uscite istituzionali				uscite personali	
	Normal	Integrato	Integ+ A	Integr.+ 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

Variazioni indirizzo

Via

N°

Località

CAP

Città

Prov

N.B. A seguito dell'avvenuta iscrizione le arriverà mail con certificato di iscrizione, in caso negativo (verificare che non sia arrivata nello spam) si invita a comunicare alla sezione la mancata ricezione tramite mail all'indirizzo info@cai-imola.it

Imola li

Firma

incaricato CAI

versione 01-2026

(Socio di riferimento o Genitore di riferimento se Giovane)

2° persona



CLUB ALPINO ITALIANO

DOMANDA DI RINNOVO

Il sottoscritto già iscritto al Club Alpino Italiano
proveniente dalla [sezione di](#)

chiede il rinnovo dell'iscrizione per l'anno **2026**

Cognome Nome

Non Variato

Nominativo di riferimento

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

Non Variata

Anno nascita

Cell.

Email

[Confermo preferenze anno precedente](#)



ALTRIMENTI

esprimo nuove preferenze nella seguente **PARTE PRECOMPILATA**

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 la Rivista del CAI?		NO ☐	SI in formato Elettronico ☐	o su Carta ☐			
al socio Ordinario e Giovane è spedita gratuitamente, al socio Familiare a pagamento di € 10							
Pubblicazioni e Comunicazioni NON ISTITUZIONALI	Sede Centrale	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
	Gruppo Regionale	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
	Sez di Appartenenza	Do il consenso	☒	Elettroniche ☒	su carta ☐	Nego il consenso	☐
Comunicazioni Istituzionali	Sede Centrale	SI ☒	NO ☐	invio e-Mail Istituzionali Sez Appart		SI ☒	NO ☐

PRODOTTI ASSICURATIVI INTEGRATIVI **BARRANDO IL SI, SI SCEGLIE L'INTEGRAZIONE ASSICURATIVA**

raddoppio Massimali solo per uscite Istituzionali	5,15 €	☐ SI	☒ NO
Altri Prodotti in	Infurtuni Soci Comb. A	126,5 €	☐ SI ☒ NO
Attività Personale	Infurtuni Soci Comb. B	252,9 €	☐ SI ☒ NO
Rc Soci Attività Individuale compreso SCI		12,5 €	☐ SI ☒ NO
Istruttore Comb A-12 mesi	Istruttore Comb B-12 mesi	126,5€	☐

Massimali Assicurativi	uscite istituzionali				uscite personali	
	Normal	Integrato	Integ+ A	Integr.+ 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

Variazioni indirizzo

Via

N°

Località

CAP

Città

Prov

N.B. A seguito dell'avvenuta iscrizione le arriverà mail con certificato di iscrizione, in caso negativo (verificare che non sia arrivata nello spam) si invita a comunicare alla sezione la mancata ricezione tramite mail all'indirizzo info@cai-imola.it

Imola li

Firma

incaricato CAI

versione 01-2026

(Socio di riferimento o Genitore di riferimento se Giovane)