CLUB ALPINO ITALIANO

Sezione di **IMOLA**

DOMANDA DI RINNOVO

Il sottoscritto già iscritto al Club Alpino Italiano proveniente dalla **sezione di** _____

chiede il rinnovo dell'iscrizione per l'anno **2027**

- ☐ Ordinario (Euro 49)
- ☐ Familiare (Euro 28)
- ☐ Giovane (Euro 19) fino a 17 anni (nati dal 1-1-2010 ad oggi)

Cognome Nome _____ Nominativo di riferimento _____

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

Non Variato ☐ **Non Variata** ☐

Anno nascita _____ **Cell.** _____ **Email** _____

Confermo preferenze anno precedente ☐ **ALTRIMENTI esprimo nuove preferenze nella 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 — [X] 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	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
	Gruppo Regionale	Do il consenso	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
	Sez di Appartenenza	Do il consenso	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
Comunicazioni Istituzionali	Sede Centrale	SI	X	NO ☐		invio e-Mail **Istituzionali** Sez Appart	SI	X NO ☐

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

Raddoppio Massimali solo per uscite Istituzionali	4,88+0,12	contributo = **5 €** a sezione	☐ SI	NO	X
Altri Prodotti in Attività Personale	Infortuni Soci Comb. A	**103,24 €**	☐ SI	NO	X
	Infortuni Soci Comb. B	**206,48 €**	☐ SI	NO	X
	Rc Soci Attivita' Individuale compreso SCI	**12 €**	☐ SI	NO	X

Istruttore Comb A-12 mesi ☐ Istruttore Comb B-12 mesi 103,24€ ☐

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	**3.400**	**3.400**	**3.400**	**3.900**	**3.400**	**3.900**
Ind. Osped. O post	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**
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 lì _____ **Firma** _____ incaricato CAI _____

versione 01-2027 (Socio di riferimento o Genitore di riferimento se Giovane)

2° persona

CLUB ALPINO ITALIANO

Sezione di IMOLA

DOMANDA DI RINNOVO

Il sottoscritto già iscritto al Club Alpino Italiano proveniente dalla sezione di _____

chiede il rinnovo dell'iscrizione per l'anno 2027

- ☐ Ordinario (Euro 49)
- ☐ Familiare (Euro 28)
- ☐ Giovane (Euro 19) fino a 17 anni (nati dal 1-1-2010 ad oggi)

Cognome Nome _____ Nominativo di riferimento _____

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

Non Variato ☐ Non Variata ☐

Anno nascita _____ Cell. _____ Email _____

Confermo preferenze anno precedente ☐ ALTRIMENTI esprimo nuove preferenze nella 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 — [X] 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	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
	Gruppo Regionale	Do il consenso	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
	Sez di Appartenenza	Do il consenso	X	Elettroniche	X	su carta	☐	Nego il consenso ☐
Comunicazioni Istituzionali	Sede Centrale	SI	X	NO ☐		invio e-Mail Istituzionali Sez Appart	SI	X NO ☐

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

Raddoppio Massimali solo per uscite Istituzionali	4,88+0,12	contributo = 5 € a sezione	☐ SI	NO	X
Altri Prodotti in Attività Personale	Infortuni Soci Comb. A	103,24 €	☐ SI	NO	X
	Infortuni Soci Comb. B	206,48 €	☐ SI	NO	X
	Rc Soci Attivita' Individuale compreso SCI	12 €	☐ SI	NO	X

Istruttore Comb A-12 mesi ☐ Istruttore Comb B-12 mesi 103,24€ ☐

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	3.400	3.400	3.400	3.900	3.400	3.900
Ind. Osped. O post	30	30	30	30	30	30
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 lì _____ Firma _____ incaricato CAI _____

versione 01-2027 (Socio di riferimento o Genitore di riferimento se Giovane)