



RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA TITOLATI

Modulo n. 3

RACCOMANDATA o FAX : 02205723201

..... li

Alla Sede Centrale del
Club alpino italiano
Ufficio assicurazioni
Via E. Petrella 19 - 20124 MILANO -

Il Sottoscritto.....

in possesso del/i titolo/i.....nato il.....

residente.....c.a.p.....

via/piazza.....n°.....

DICHIARA di scegliere per l'anno 200 e seguenti la seguente forma assicurativa:

COMBINAZIONE A INFORTUNI

COMBINAZIONE B INFORTUNI + RC PERSONALE CON PAGAMENTO DELL'INTEGRAZIONE

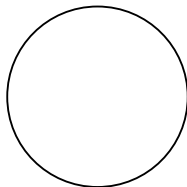
e si impegna ad inviare richiesta di modifica scritta entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

oppure:

DICHIARA di non essere interessato a rimanere iscritto negli elenchi dei titolati del Club Alpino Italiano:

Firma Titolare

Timbro della Sezione



Firma del Presidente della Sezione

N.B.: Le richieste che pervengono senza firme leggibili e sprovviste di timbro non vengono prese in considerazione