



**Affiliato C.S.E.N.**

**MODULO ADESIONE SOCIO/TESSERATO  
MAGGIORENNE**

Il sottoscritto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente in via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
C.a.p. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Telefono ab \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Tess. Nr \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI SOCIO/TESSERATO AL SODALIZIO E DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMATIVA SULLE CONDIZIONI DI POLIZZA E DICHIARA DI AVER SCELTO LA SEGUENTE POLIZZA. (BARRARE E FIRMARE ACCANTO)**

Tessera silver base €.....

Massimali Morte e Invalidità Permanente: € 80.000,00 ✓ Copertura per frattura naso: € 150,00 ✓ Franchigia Invalidità Permanente al 9%.  
Tessera gold base € .....Massimali Morte e Invalidità Permanente: € 80.000,00 ✓ Rottura occhiali: € 100,00 ✓ Rimborso spese mediche fino a € 500,00 con Invalidità permanente superiore al 3% ✓ Diaria gesso compresi tutori non rimovibili autonomamente € 20,00 al giorno (per max 10 giorni). ✓ Franchigia Invalidità Permanente: 8% (anche per attività pericolose)

Tessera Integrativa A € .....:Morte e Invalidità Perm. € 80.000,00/

in aggiunta alla tessera base € 50,00 diaria giornaliera da da ricovero e 30 da gesso per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni € 1.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00

Integrativa B € .....: Morte e Invalidità Perm. € 80.000,00 /

in aggiunta alla tessera base € 100,00 diaria giornaliera da da ricovero e 50 da gesso per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni € 2.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00  
€ 2.000,00 rimborso spese odontoiatriche franchigia € 200,00

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'associazione/società, di accettarli integralmente e incondizionatamente, di fare quanto sia nelle sue possibilità e capacità per il raggiungimento dei fini istituzionali dell'associazione.

**N.B. Allegare certificato medico richiesto per l'attività praticata**

**L'iscritto** dichiara sotto la propria responsabilità di essere in possesso del certificato medico di idoneità psicofisica alla pratica sportiva che intende esercitare, sollevando l'associazione sportiva, gli istruttori e le persone incaricate da qualsiasi responsabilità civile e penale al riguardo.

L'iscritto si impegna a consegnare il certificato medico di idoneità psicofisica in segreteria.

L'iscritto garantisce, sotto la propria responsabilità la veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo, impegnandosi a comunicare qualsiasi variazione ai dati forniti sul presente modulo di iscrizione.

**ALLEGA MODULO CONSENSO PRIVACY – GDPR 679/2016 – OBBLIGATORIO**

L'iscritto dichiara di aver preso visione del presente modulo di iscrizione, accettando ogni sua parte

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del delegato del Consiglio Direttivo

Ratificato nel Consiglio Direttivo del giorno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_