

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI SOCCORSO

DATI PERSONALI SOCIO INFORTUNATO

COGNOME		NOME			
NATO A		IL		SESSO M F	
RESIDENTE		VIA		CAP	PV
TEL CASA	TEL UFFICIO	FAX	CELLULARE	EMAIL	
TESSERA C.A.I.		SEZIONE C.A.I.			
NOME EVENTUALE CONTATTO					
BANCA A CUI APPOGGIARE IL RIMBORSO			AGENZIA		
INTESTATARIO			IBAN		

INTERVENTO

DATA INTERVENTO	LOCALITA'	NAZIONE	QUOTA
-----------------	-----------	---------	-------

ATTIVITA' COINVOLTA	
ALPINISMO	<input type="checkbox"/>
ARRAMPICATA FALESIA	<input type="checkbox"/>
CASCATA GHIACCIO	<input type="checkbox"/>
ESCURSIONISMO	<input type="checkbox"/>
FERRATA	<input type="checkbox"/>
SCI ALPINISMO	<input type="checkbox"/>
SCI FONDO ESCURSIONISISTICO	<input type="checkbox"/>
SCI FUORI PISTA	<input type="checkbox"/>
SPELEOLOGIA	<input type="checkbox"/>
MOUNTAIN BIKE	<input type="checkbox"/>

CAUSA INCIDENTE	
CADUTA CREPACCIO	<input type="checkbox"/>
CADUTA SASSI	<input type="checkbox"/>
CADUTA VARIA	<input type="checkbox"/>
CEDIMENTO APPIGLIO	<input type="checkbox"/>
ERRATA MANOVRA CORDA	<input type="checkbox"/>
FOLGORAZIONE	<input type="checkbox"/>
INCAPACITA	<input type="checkbox"/>
MALORE	<input type="checkbox"/>
MALTEMPOO	<input type="checkbox"/>
MORSO VIPERA	<input type="checkbox"/>
PERDITA ORIENTAMENTO	<input type="checkbox"/>
PUNTURA INSETTI	<input type="checkbox"/>
RITARDO	<input type="checkbox"/>
SCIVOLATA	<input type="checkbox"/>
SFINIMENTO	<input type="checkbox"/>
VALANGA	<input type="checkbox"/>

STATO FISICO	
ILLESO	<input type="checkbox"/>
FERITO LEGGERO	<input type="checkbox"/>
FERITO GRAVE	<input type="checkbox"/>
DECEDUTO	<input type="checkbox"/>
DISPERSO	<input type="checkbox"/>

ELICOTTERO IMPIEGATO	
AIR GLACIER	<input type="checkbox"/>
AIR ZERMATT	<input type="checkbox"/>
CHRISTOPHORUS FLUG.	<input type="checkbox"/>
GENDARMERIE	<input type="checkbox"/>
REGA	<input type="checkbox"/>
TYROLEAN AMBULANCE	<input type="checkbox"/>
NESSUNO	<input type="checkbox"/>

barrare con una X le voci interessate

BREVE DESCRIZIONE INCIDENTE

IMPORTO FATTURA ELICOTTERO	IMPORTO FATTURA SOC. ALPINO	IMPORTO FATTURA ALTRO
GIORNI RIC. OSPED. (certificato medico)	TOTALE	
DATA	FIRMA	

Da inviare a:

C.N.S.A.S. via Petrella 19 - 20124 MILANO tel. 02-29530433 fax. 02-29530364 segreteria@cnsas.it
 entro e non oltre 10 gg dalla data dell'incidente o dalla ricezione delle fatture