

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	CAUSA INCIDENTE	STATO FISICO
ALPINISMO	CADUTA CREPACCIO	ILLESO
ARRAMPICATA FALESIA	CADUTA SASSI	FERITO LEGGERO
CASCATA GHIACCIO	CADUTA VARIA	FERITO GRAVE
ESCURSIONISMO	CEDIMENTO APPIGLIO	DECEDUTO
FERRATA	ERRATA MANOVRA CORDA	DISPERSO
SCI ALPINISMO	FOLGORAZIONE	
SCI FONDO ESCURSIONISISTICO	INCAPACITA	
SCI FUORI PISTA	MALORE	
SPELEOLOGIA	MALTEMPOO	
MOUNTAIN BIKE	MORSO VIPERA	
	PERDITA ORIENTAMENTO	
	PUNTURA INSETTI	
	RITARDO	
	SCIVOLATA	
	SFINIMENTO	
	VALANGA	

ELICOTTERO IMPIEGATO	
AIR GLACIER	
AIR ZERMATT	
CHRISTOPHORUS FLUG.	
GENDARMERIE	
REGA	
TYROLEAN AMBULANCE	
NESSUNO	

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