

MODULO ADESIONE PER I NON SOCI

Assicurazione personale infortuni **per i non soci** che partecipano ad iniziative organizzate dall'Acì quali:

Convegni - Incontri associativi - Seminari - Campi Scuola - Gite e Pellegrinaggi - Tornei di Calcio e/o Pallavolo e/o Pallacanestro organizzati al di fuori delle attività precedenti

INFORTUNI NON SOCI: RISCHI ASSICURATI	CAPITALI ASSICURATI (in euro)
Caso morte	70.000
Invalità permanente	70.000
Rimborso spese mediche	3.000
Ricovero ospedaliero	35

COSTI E MODALITÀ

- Costo dell'assicurazione per ogni persona, attività di **una giornata: € 2,00**
- Costo dell'assicurazione per ogni persona, attività di **più giornate: € 3,50**

COPERTURA ASSICURATIVA PER I NON SOCI: COME FARE?

Ricorda che per **partecipanti** si intendono **solo ed esclusivamente i non soci** che parteciperanno all'iniziativa e per i quali si fa richiesta di copertura. Puoi compilare direttamente il PDF in Adobe Reader (versione preferibilmente successiva alla 10/X) oppure in Google Chrome, e quindi salvare una copia da allegare in seguito al riepilogo finale.

Se la tua versione di Adobe Reader non consente di salvare direttamente il PDF con i dati compilati, puoi comunque stamparla e inviare una scansione; oppure, se hai una stampante virtuale PDF (come CutePDF o PDF995) potrai stamparla su file da allegare al riepilogo.

Nel riportare il versamento eseguito, **indica sempre l'ammontare complessivo esatto** del pagamento corrisposto in Euro, **preferibilmente con almeno due decimali dopo la virgola**.

Dopo aver effettuato il pagamento, **salva una copia della ricevuta** sul computer (preferibilmente in formato PDF).

DOVE EFFETTUARE IL PAGAMENTO?

Il versamento della quota assicurativa può essere effettuato:

- su **conto corrente postale n. 877001** tramite **bollettino ccp** oppure tramite **bonifico postale** alle seguenti coordinate

IT 98 D 07601 03200 00000877001

intestato a **PRESIDENZA NAZIONALE DI AZIONE CATTOLICA ITALIANA**

- tramite **bonifico bancario** presso **Crédit Agricole** alle seguenti coordinate

IT 87 M 06230 0322 9000015392068

intestato a **PRESIDENZA NAZIONALE DI AZIONE CATTOLICA ITALIANA**

In tutti i casi si raccomanda di **specificare sempre la causale del versamento:**

"Assicurazione non soci diocesi di"

COMPLETARE L'INVIO ONLINE

[Compila il riepilogo finale](#)

Riempi con attenzione le voci del modulo, [ricordandoti di allegare il file dei nominativi](#) e la copia del versamento: sono necessari per la buona riuscita dell'operazione. I dati errati o mancanti saranno evidenziati e ti verrà chiesto di correggerli.

Il riepilogo è diviso **in cinque passi successivi** (in dettaglio: **1 - 2 - 3 - 4 - 5**) per darti modo di controllare tutto. Dopo aver dato l'autorizzazione al trattamento dei dati cliccando sugli appositi box di conferma posti a fine procedura, esegui la verifica antispam e invia il modulo, attivando così la copertura.

A procedura completata, riceverai all'indirizzo di posta elettronica che hai indicato, **una email di conferma**.

In caso di mancata ricezione della email di conferma, controllare la cartella "SPAM" oppure "Posta Indesiderata".

- 1 Informazioni personali 2 **Attività oggetto di copertura** 3 Versamenti 4 Note e commenti 5 Invio dati

Referente *

Nominativo di una persona incaricata / Denominazione di un soggetto responsabile

Telefono *

Numero di telefono referente, per contatto

Email *

Indirizzo di posta elettronica di riferimento per contatto e conferma

Conferma Email *

Verificate di aver inserito l'indirizzo corretto riportandolo nel riquadro

Diocesi *

Es. Cuneo, Rimini, Brindisi-Ostuni, ecc.

Avanti

1 / 5

Scheda 2

- 1 Informazioni personali 2 **Attività oggetto di copertura** 3 Versamenti 4 Note e commenti 5 Invio dati

Tipo di attività prevista *

Scegli

Scegli

Parte

Convegni

Incontri associativi

Seminari

Dalle Campi Scuola

Gite e Pellegrinaggi

Data di inizio copertura

Alle ore 24:00 del giorno: *

Data di fine copertura

Avanti

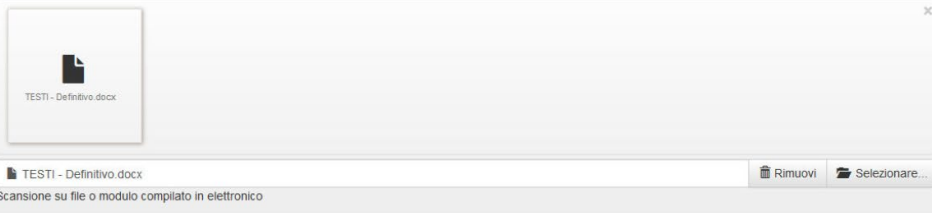
< Indietro

2 / 5

Scheda 3

1 Informazioni personali 2 Attività oggetto di copertura 3 **Versamenti** 4 Note e commenti 5 Invio dati

Invio elenco partecipanti *



TESTI - Definitivo.docx

Rimuovi Selezionare...

Scansione su file o modulo compilato in elettronico

Quota assicurativa versata mediante: *

Bonifico bancario

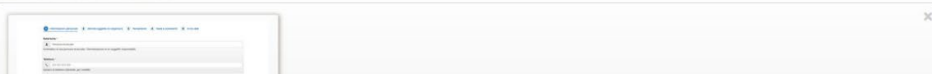
Tipo di versamento utilizzato (scegliere una voce in elenco)

Sede del versamento

Banca di La Qualunque Agenzia 13

Indicare: Banca (denominazione) Agenzia/Sportello di..., oppure Ufficio Postale di...

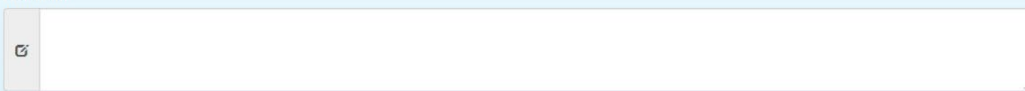
Invio ricevuta del versamento *



Scheda 4

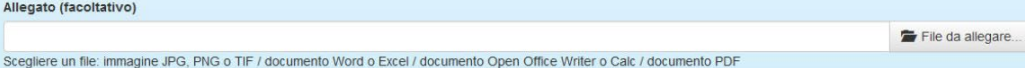
1 Informazioni personali 2 Attività oggetto di copertura 3 Versamenti 4 **Note e commenti** 5 Invio dati

Commenti



Inserire qui eventuali annotazioni

Allegato (facoltativo)



Scegliere un file: immagine.JPG, PNG o TIF / documento Word o Excel / documento Open Office Writer o Calc / documento PDF

File da allegare...


Avanti < **Indietro** 4 / 5

Scheda 5

1 Informazioni personali 2 Attività oggetto di copertura 3 Versamenti 4 Note e commenti 5 **Invio dati**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (leggi qui).

Dichiaro che si tratta di una attività di Azione Cattolica e che è stata precedentemente comunicata alla Presidenza Diocesana.

Non sono un robot 

Invia il modulo compilato < **Indietro** 5 / 5

Fac-simile del modulo da compilare



I campi contrassegnati da asterisco (*) sono obbligatori

Diocesi*	Referente dell'Iniziativa*	Recapito Telefonico*	
		Cellulare	Fisso

Num.	Nome partecipante	Data nascita	Num.	Nome partecipante	Data nascita
1			29		
2			30		
3			31		
4			32		
5			33		
6			34		
7			35		
8			36		
9			37		
10			38		
11			39		
12			40		
13			41		
14			42		
15			43		
16			44		
17			45		
18			46		
19			47		
20			48		
21			49		
22			50		
23			51		
24			52		
25			53		
26			54		
27			55		
28			56		