

Il seguente attestato di copertura assicurativa giornaliera verrà rilasciato solo allegando il CERTIFICATO MEDICO (agonistico o non agonistico) e l'ATTESTAZIONE DEL PAGAMENTO a Moto Club Nastro e Fascette IBAN IT98 D057 0438 8600 0000 0255 300
PAYPAL commerciale@sprintrace.it (in entrambe i casi indicare come causale LICENZA GIORNALIERA + NOME PILOTA)



RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA GIORNALIERA

PER SINGOLO PILOTA NON TESSERATO AICS (ADULTO)

(PER MINORI È NECESSARIO CONTATTARE IL MOTO CLUB NASTRO E FASCETTE info@sprintrace.it)

IL SOTTOSCRITTO _____ NATOA: _____ PR _____

IL __/__/____ RESIDENZA VIA _____ CITTA' _____

PROVINCIA _____ CODICE FISCALE _____

MAIL _____ TELEFONO : _____ in qualità di

non tesserato Aics Motociclismo

RICHIEDE

Di partecipare all'evento denominato **SPRINT RACE CHAMPIONSHIP** in data _____ avvalendosi dell'assicurazione giornaliera fornita tramite polizza ALLIANZ per la manifestazione sopraindicata (l'inizio / fine copertura coincidono con l'inizio/fine della manifestazione come da programma/time table ufficiale) .

DICHIARA

Di essere in possesso di (barrare) : certificato medico per attività competitiva tipo B1 (obbligatorio per gare) oppure certificato medico di sana e robusta costituzione (necessario per eventi non competitivi) scadenza visita medica _____ (allegare certificato). Di conoscere ed accettare i massimali forniti dall'assicurazione, ovvero:

Morte: € 50.000,00 IP: € 50.000,00 (fr. assoluta 9%) Diaria da ricovero: € 30,00 /giorno (max 60gg.,fr.3 gg).

Di assumersi la piena responsabilità per la partecipazione all'evento indicato accettando i massimali di polizza sopra indicati e dichiara che, in caso di sinistro, non avrà nulla a pretendere dagli organizzatori.

Luogo e data----- FIRMA RICHIEDENTE _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Art.13 del GDPR 2016/697/UE

Ai sensi dell' Art.13 del GDPR 2016/697/UE – Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche o integrazioni, il sottoscritto dichiara di essere stato informato ed acconsente affinché i propri dati personali acquisiti tramite il presente modulo siano trattati dal circolo Affiliato Aics, da Aics e da Allianz con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente richiesta.

Luogo e data _____ FIRMA RICHIEDENTE _____

Contromarca per il pilota (VALEVOLE SOLO CON TIMBRO E FIRMA IN ORIGINALE DEL MOTOCLUB EMITTENTE) LA COPERTURA ASSICURATIVA È VALIDA SOLO SE IL NOMINATIVO DEL PILOTA È STATO INSERITO NELL'ELENCO DEGLI ISCRITTI ALLA MANIFESTAZIONE INVIATO ALLA COMPAGNIA PRIMA DELL'INIZIO DELL'EVENTO
COGNOME / NOME PILOTA : _____ DATA DI NASCITA : _____

EVENTO : **SPRINT RACE CHAMPIONSHIP** LOCALITÀ' _____

DATA: _____ TIMBRO E FIRMA DEL MOTOCLUB AICS _____

