

**Aero Club d'Italia - Roma**  
Registro di Protocollo  
Protocollo: 00004480 del: 17/02/2020  
**USCITA**  
Titolario: SPR/SR/VA



**AERO CLUB D'ITALIA**

SP/   
2020U-00004480

Roma,

CIRCOLARE N° 3

Aero Club Federati

*inviata per e-mail  
pubblicata sul sito [www.aeci.it](http://www.aeci.it)*

Oggetto: Assicurazione RCT – Soci Aeromodellisti 2020

- 1- Si comunica che l'AeCI ha affidato il servizio assicurativo per la RCT degli Aeromodellisti Soci di Aero Club Federati, per il triennio 2018/2020, alla Compagnia REALE MUTUA vincitrice della gara appositamente indetta.
- 2- A tal riguardo, si evidenzia che la polizza n. 2017/03/2303361, di cui si allega copia (All. 1), riservata ai soli Soci di Aero Club, copre l'attività sportiva effettuata con tutti i modelli a pilotaggio remoto con peso massimo fino a Kg. 25, inclusi i multicotteri (Droni).

Il costo del premio per ciascun aeromodellista è pari a Euro 16,00 (sedici/00).

L'interessato dovrà inviare la richiesta di copertura assicurativa tramite l'Aero Club di appartenenza a:

- AERO CLUB d'ITALIA  
[segreteria.aeci@pec.aeci.it](mailto:segreteria.aeci@pec.aeci.it)  
[infoaeci@aeroclubitalia.it](mailto:infoaeci@aeroclubitalia.it)
- VERSPIEREN  
[prizzo@verspieren.it](mailto:prizzo@verspieren.it)  
fax 0200668799  
utilizzando il modulo allegato.

Il versamento di Euro 16,00 deve essere effettuato tramite:

- c/c postale n. 34458000;  
oppure
- bonifico bancario con IBAN IT 57C07 6010 3200 0000 34458000;  
intestati all'Aero Club d'Italia con causale: " ... (nome e cognome) ... -  
Assicurazione RCT Aeromodellista – 2020.

Copia della ricevuta del bollettino postale o della contabile bancaria con il CRO o TRN (che attesti l'avvenuta esecuzione del bonifico) dovrà essere allegata al modulo di richiesta (All. 2).

Via Cesare Beccaria, 35/A 00196 Roma - tel. +39 06 3608461 - fax +39 06 32609226 - codice fiscale 80109730582  
[www.aeci.it](http://www.aeci.it) - [infoaeci@aeroclubitalia.it](mailto:infoaeci@aeroclubitalia.it)

Ente di Diritto Pubblico  
non economico



MEMBRO DELLA FEDERAZIONE  
AERONAUTICA INTERNAZIONALE  
(FAI)



FEDERAZIONE  
SPORTIVA NAZIONALE  
RICONOSCIUTA  
DAL CONI



MEMBRO DELLA EUROPE AIRSPORTS  
(EAS)


- 3- La gestione della polizza è affidata al Broker VERSPIEREN Italia Srl – Via G.Fara 35 – 20124 Milano, il cui punto di contatto per l'assistenza in generale è il Dott. Paolo RIZZO *tel. 02668707* ed e-mail [prizzo@verspieren.it](mailto:prizzo@verspieren.it).

In caso di incidente, il Socio assicurato dovrà inviare denuncia del sinistro con il modulo in All. 3 a:

- VERSPIEREN, attenzione Dr. Matteo Tonoletti – Claims Manager  
Examiner Division Enti Pubblici  
Phone +39 02 00668716 | Fax +39 02 00668799  
Mobile +39 339 1365092  
Via Gustavo Fara, 35 – 20124 Milano  
PEC: [entipubblici@pec.verspieren.it](mailto:entipubblici@pec.verspieren.it)
  
- AERO CLUB d'ITALIA, attenzione Sig. Mario BIAGINI  
*tel. 0635084657*  
e-mail: [segreteria.aeci@pec.aeci.it](mailto:segreteria.aeci@pec.aeci.it)  
oppure  
[infoaeci@aeroclubitalia.it](mailto:infoaeci@aeroclubitalia.it)

- 4- Nel comunicare quanto sopra, si resta a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento qualora necessario.

Il Direttore Generale AeCI  
(Gen. Mario Tassini)



AERO CLUB D'ITALIA  
info@aci@aeroclubitalia.it  
VERSPIEREN  
prizzo@verspieren.it  
fax - 02.00.66.87.99

**RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA RCT AEROMODELLISTI POLIZZA N°2107/03/2303361 REALE MUTA ANNO ~~2018~~ 2020**

Socio/i dell'Aero Club

1) Nominativo _____ attestato n. _____	luogo nascita _____ si allega ricevuta versamento € 16,00. (vedi nota)	data nascita _____
2) Nominativo _____ attestato n. _____	luogo nascita _____ si allega ricevuta versamento € 16,00. (vedi nota)	data nascita _____
3) Nominativo _____ attestato n. _____	luogo nascita _____ si allega ricevuta versamento € 16,00. (vedi nota)	data nascita _____
4) Nominativo _____ attestato n. _____	luogo nascita _____ si allega ricevuta versamento € 16,00. (vedi nota)	data nascita _____
5) Nominativo _____ attestato n. _____	luogo nascita _____ si allega ricevuta versamento € 16,00. (vedi nota)	data nascita _____

**e-mail per l'invio del certificato nominativo di adesione alla polizza n N°2107/03/2303361-anno-~~2018~~ 2020**

(luogo e data)

(firma leggibile del legale rappresentante)

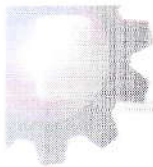
**NOTA**

CCP. n. 34458000 o bonifico bancario: IBAN IT 57 C 07601 03200 000034458000

Intestato Aero Club d'Italia, Via Cesare Beccaria 35A - 00196 ROMA

Causale: cognome e nome, la dicitura "assicurazione aeromodellista anno 2019".

Nota: Versamento con bonifico bancario: allegare ricevuta con CRO o TRN che attesti "avvenuta esecuzione" (non deve più essere annullabile)



**Mod. RAPPORTO DI SINISTRO – POLIZZA 2017/03/2303361 RC AEROMODELLISTI**

Inviare a : UFFICIO SINISTRI VERSPIEREN ITALIA SRL : ✉ [sfignanese@verspieren.it](mailto:sfignanese@verspieren.it) ☎ +390200668710

ASSICURATO			
COGNOME		NOME	
VIA		NR	
CITTA'		CAP	PV
TEL		EMAIL	

Allegare copia carta d'identità

TERZO DANNEGGIATO			
COGNOME		NOME	
VIA		NR	
CITTA'		CAP	PV
TEL		EMAIL	

RICHIESTE			
DANNI A COSE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LESIONI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
COSE DANNEGGIATE			
LESIONI LAMENTATE			

DESCRIZIONE EVENTO DANNOSO			
AUTORITA' INTERVENUTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	
DOCUMENTAZIONE MEDICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	
RICHIESTA DANNI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	
QUANTIFICAZIONE DANNI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	
FOTOGRAFIE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	
ALTRO		<input checked="" type="checkbox"/> ALLEGARE DOC	

( 1 ) TESTIMONI			
COGNOME		NOME	
VIA		NR	
CITTA'		CAP	PV
TEL		EMAIL	
FIRMA			

( 2 ) TESTIMONI			
COGNOME		NOME	
VIA		NR	
CITTA'		CAP	PV
TEL		EMAIL	
FIRMA			

DATA E FIRMA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi quelli relativi allo stato di salute. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero, nei limiti indicati nella stessa.

DATA E FIRMA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

