



CIRCOLARE N. 8 – 6 LUGLIO 2018

“CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA CCNL”

CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE ED INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA – INTEGRATIVA ALLA COPERTURA OBBLIGATORIA DA CCNL

Questa convenzione garantisce i PROFESSIONISTI TESSERATI durante l'attività EXTRAPROFESSIONALE e IL CASO DI ABBANDONO DELL'ATTIVITÀ DI CALCIATORE PROFESSIONISTA A SEGUITO DI MALATTIA.

Si ricapitolano sinteticamente condizioni e somme assicurate:

DESCRIZIONE DEL RISCHIO ASSICURATO	CASI ASSICURATI	SOMME ASSICURATE
INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALE <i>intendendosi gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di tutte le attività non professionali purché inerenti la vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché la pratica di hobby anche se a carattere continuativo.</i>	Morte	€100.000,00
	Invalidità Permanente <i>FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%</i>	€100.000,00
MALATTIA (PER I SOLI CALCIATORI)	ABBANDONO	€100.000,00

Costi

(sconto 5% rispetto alla precedente annualità)	Premio annuo lordo
Per ciascun calciatore	€ 160,00

Per ciascun tecnico, massaggiatore, etc	€ 100,00
--	-----------------

Le Società Calcistiche interessate dovranno rimettere al più presto – e comunque entro e non oltre il 31 luglio 2018 – alla Compagnia di Assicurazione l'elenco completo di **tutti i calciatori e tecnici**, utilizzando **l'allegato modulo 1** che dovrà essere compilato e integrato con la data, timbro e firma della Società.

Qualora la squadra intenda beneficiare del diritto all'indennizzo, dovrà essere compilato l'elenco di cui all'allegato modulo n. 2, con firma per accettazione del calciatore.

Tale/i modulo/i dovrà/dovranno essere trasmesso/i, con copia a questa LEGA, a:

AM TRUST c/o MIZAR International Insurance Brokers s.r.l.

Luca Cerina – l.cerina@mizarbrokers.it

VIA GIACOMO PERONI, 400/402 - 00131 ROMA

TELEFONO: (+39) 06 455986.54

FAX: (+39) 06 96525953

Pubblicato in Firenze il 6 Luglio 2018

IL PRESIDENTE
Dott. Gabriele Gravina

Allegato: modulo n. 1

ANNATA CALCISTICA 2018/2019

Spett.le AM TRUST

c/o MIZAR Int. Ins. Brokers. Srl

c.a. Luca Cerina

Fax n. 0696525953

Mail: l.cerina@mizarbrokers.it

"CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA CCNL"

**CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
EXTRAPROFESSIONALE ED E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

SOCIETA': _____

P. IVA': _____

INDIRIZZO: _____

Persona di riferimento: _____

Numero di telefono: _____

Elenco Sportivi Professionisti

<i>n.</i>	<i>Cognome /nome</i>	<i>Codice fiscale</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Ruolo</i>
<i>1</i>				
<i>2</i>				
<i>3</i>				
<i>4</i>				
<i>5</i>				
<i>6</i>				
<i>7</i>				
<i>8</i>				
<i>9</i>				
<i>10</i>				
<i>11</i>				
<i>12</i>				
<i>13</i>				
<i>14</i>				
<i>15</i>				
<i>16</i>				
<i>17</i>				
<i>18</i>				

segue **Elenco Sportivi Professionisti**

<i>n.</i>	<i>Cognome /nome</i>	<i>Codice fiscale</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Ruolo</i>
<i>19</i>				
<i>20</i>				
<i>21</i>				
<i>22</i>				
<i>23</i>				
<i>24</i>				
<i>25</i>				
<i>26</i>				
<i>27</i>				
<i>28</i>				
<i>29</i>				
<i>30</i>				

Data,

timbro e firma

Allegato: modulo n. 2

ANNATA CALCISTICA 2018/2019

Spett.le AM TRUST

c/o MIZAR Int. Ins. Brokers. Srl

c.a. Luca Cerina

Fax n. 0696525953

Mail: l.cerina@mizarbrokers.it

“CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA CCNL”

**CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
EXTRAPROFESSIONALE ED E INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO ALLA SOCIETA' CALCISTICA

Ciascun assicurato consente espressamente alla Società Calcistica di appartenenza l'esercizio dei diritti derivanti dal contratto, a norma degli Artt. 1891 e 1919 Codice Civile, mediante dichiarazione sottoscritta.

Resta perciò convenuto tra le parti che gli indennizzi di polizza per Morte da Infortunio ed Invalidità Permanente da Infortunio verranno liquidati direttamente alla Società Calcistica, che rilascerà alla Società di Assicurazione quietanza liberatoria a tutti gli effetti.

Rimangono comunque fermi gli obblighi ed oneri previsti dalle condizioni generali e particolari di Assicurazione a carico degli assicurati.

ELENCO DELLE PERSONE ASSICURATE A NORMA DELLE SUINDICATE CONDIZIONI

SOCIETA': _____

P. IVA': _____

INDIRIZZO: _____

Persona di riferimento: _____

Numero di telefono: _____

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	Firma per accettazione

Data

Timbro e firma della Società