



CIRCOLARE N. 9 - 3 LUGLIO 2019

"CONVENZIONE TEMPORANEA CASO MORTE"

ASSICURAZIONE PER IL CASO DI "MORTE PER QUALSIASI CAUSA" A FAVORE DEGLI SPORTIVI PROFESSIONISTI.

In caso di adesione alla Convenzione, tutte le Società dovranno rimettere tempestivamente e comunque entro il 31 luglio 2019 agli Assicuratori l'elenco dei calciatori e tecnici da assicurare, utilizzando l'allegato modulo 1 che dovrà essere compilato e integrato con la data, timbro e firma della Società.

Tale modulo dovrà essere trasmesso a:

ALLIANZ SPA c/o MIZAR srl
alla c.a. di Luca Cerina
l.cerina@mizarbrokers.it
Via Giacomo Peroni 400/402
00131 Roma
Tel. 0645598654- Fax 0696525953

Ricordiamo, inoltre, che la copertura non riguarda i dirigenti o eventuali altri accompagnatori delle Società, né coloro i quali abbiano compiuto i 70 anni di età alla data del 01 luglio 2019

ALLEGATI:

- 1) TABELLA TASSI
- 2) MODULO DI ADESIONE

Publicato in Firenze il 3 Luglio 2019

IL PRESIDENTE
Francesco Ghirelli

TABELLA TASSI ANNUI LORDI

Tassi di tariffa per € 1.000 di capitale assicurato

ETA'	TASSO	ETA'	TASSO	ETA'	TASSO
16 a 18	0,555	37	0,696	56	3,988
19	0,560	38	0,738	57	4,384
20	0,507	39	0,788	58	4,819
21	0,492	40	0,866	59	5,297
22	0,494	41	0,952	60	5,758
23	0,492	42	1,047	61	6,260
24	0,486	43	1,151	62	6,880
25	0,482	44	1,238	63	7,562
26	0,486	45	1,361	64	8,311
27	0,487	46	1,497	65	9,134
28	0,490	47	1,646	66	10,037
29	0,497	48	1,809	67	11,030
30	0,509	49	1,968	68	12,120
31	0,524	50	2,163	69	13,317
32	0,543	51	2,378		
33	0,566	52	2,614		
34	0,593	53	2,874		
35	0,623	54	3,228		
36	0,658	55	3,628		



ALLEGATO (2)

(MODELLO DI ADESIONE 2019/2020)

Fax 0696525953

ALLIANZ SPA c/o MIZAR srl
alla c.a. di Luca Cerina
Via Giacomo Peroni 400/402 - 00131 Roma

e p.c.

LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO

Assicurazione per il caso di "morte per qualsiasi causa" a favore degli sportivi professionisti

Società

(denominazione società, indirizzo, telefono, persona di riferimento)

N.	COGNOME NOME	CODICE FISCALE	RUOLO	SOTTOSCRIZIONE ASSICURATO
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				

N.	COGNOME NOME	CODICE FISCALE	RUOLO	SOTTOSCRIZIONE ASSICURATO
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Data

Timbro e firma della Società