



## CIRCOLARE N. 6 - 6 LUGLIO 2021

### “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 30 settembre 2021 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:

ELIPLIFE c/o MIZAR srl  
alla c.a. di Luca Cerina  
[l.cerina@mizarbrokers.it](mailto: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 settembre 2021.

#### ALLEGATI:

- 1) TABELLA TASSI
- 2) MODULO DI ADESIONE

Publicato in Firenze il 6 luglio 2021

IL PRESIDENTE

Francesco Ghirelli



Allegato n. 1

TABELLA TASSI ANNUI LORDI

Tassi di tariffa per € 1.000 di capitale assicurato

Età	M / F
18	0,555
19	0,560
20	0,507
21	0,492
22	0,494
23	0,492
24	0,486
25	0,482
26	0,486
27	0,487
28	0,490
29	0,497
30	0,509
31	0,524
32	0,543
33	0,566
34	0,593
35	0,623
36	0,658
37	0,696
38	0,738

Età	M / F
39	0,788
40	0,866
41	0,952
42	1,047
43	1,151
44	1,238
45	1,361
46	1,497
47	1,646
48	1,809
49	1,968
50	2,163
51	2,378
52	2,614
53	2,874
54	3,228
55	3,628
56	3,988
57	4,384
58	4,819
59	5,297

Età	M / F
60	5,758
61	6,260
62	6,880
63	7,562
64	8,311
65	9,134
66	10,037
67	11,030
68	12,120
69	13,317
70	14,958
71	17,267
72	20,717
73	22,874
74	25,147
75	27,563
76	30,528
77	33,357
78	36,317
79	39,526
80	43,049

## ALLEGATO 2

### MODELLO DI ADESIONE 2021/2022

ELIPLSLIFE c/o MIZAR srl  
alla c.a. di Luca Cerina: [l.cerina@mizarbrokers.it](mailto:l.cerina@mizarbrokers.it)  
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.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				

*Segue tabella*

N.	COGNOME NOME	CODICE FISCALE	RUOLO	SOTTOSCRIZIONE ASSICURATO
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				

Data .....

Timbro e firma della Società