



LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO

CIRCOLARE N. 3
2015/2016
FIRENZE, 9 LUGLIO 2015

"CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA ART. 20"

CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE ED INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA – INTEGRATIVA A QUELLA OBBLIGAORIA (ART. 20)

Questa convenzione è stata stipulata con la Società ALLIANZ SPA per il tramite della MIZAR International Insurance Brokers srl e 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

	Premio annuo lordo
Per ciascun calciatore	€ 177,00
Per ciascun tecnico, massaggiatore etc	€ 110,00

Le Società calcistiche dovranno rimettere al più presto – e comunque entro e non oltre il 31 luglio 2015 – 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.

Tale modulo dovrà essere trasmesso, con copia a questa Lega, a:

ALLIANZ SPA c/o MIZAR International Insurance Brokers s.r.l.

MARINELLA VENDITTELLI - M.VENDITTELLI@MIZARBROKERS.IT –

VIA GIACOMO PERONI, 400/402 - 00131 ROMA

TELEFONO: (+39) 06 455986.52

FAX: (+39) 06 96525953

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Tommaso Miele)

Allegato: modulo n. 1

ANNATA CALCISTICA 2015/2016

Spett. ALLIANZ S.A.

c/o MIZAR Int. Ins. Brokers. Srl

c.a. Marina Vendittelli

fax n. 0696525953

(m.vendittelli@mizarbrokers.it)

"CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA ART. 20"

CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
EXTRAPROF. ED E INV. PERM. DA MALATTIA

SOCIETA': _____

p.i.: _____ indirizzo _____

persona di riferimento _____ n.tel. _____

Elenco Sportivi Professionisti

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

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>				

Data,

timbro e firma

MODULO 2

Fax 0696525953

ALLIANZ SPA c/o MIZAR srl
alla c.a. della Sig.ra Marina Vendittelli
Via Giacomo Peroni 400/402 - 00131 Roma

e p.c.

LEGA ITALIANA CALCIO PROFESSIONISTICO

"CONVENZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA ART. 20"

**CONVENZIONE INFORTUNI COLLETTIVA – MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
EXTRAPROF. ED E INV. PERM. DA MALATTIA**

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO ALLA SOCIETÀ' 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

Società

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

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	Firma per accettazione

Data

Timbro e firma della Società