



Lega Italiana Calcio Professionistico

**CIRCOLARE N. 6
2016/2017
DEL 7 LUGLIO 2016**

“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 rinnovata 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

(sconto 5% rispetto alla precedente annualità)	Premio annuo lordo
Per ciascun calciatore	€ 168,15
Per ciascun tecnico, massaggiatore etc	€ 104,50

Le Società calcistiche dovranno rimettere al più presto – e comunque entro e non oltre il 31 luglio 2016 – 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 PRESIDENTE
(Dott. Gabriele Gravina)

Allegato: modulo n. 1
ANNATA CALCISTICA 2016/2017

Spett. ALLIANZ S.A.
c/o MIZAR Int. Ins. Brokers. Srl
c.a. Marinella Venditelli

fax n. 0696525953

m.venditelli@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 Marinella 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 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

Società

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

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	Firma per accettazione

Data

Timbro e firma della Società