

LLOYD'S

*FIRST  
CISL*

**GOLINUCCI** 65°  
BROKER D'ASSICURAZIONI  
dal 1952 assicuriamo la vostra serenità.

# POLIZZA VITA CASO MORTE PER CAUSE NATURALI

POLIZZA IN CONVENZIONE PER ISCRITTI AL  
SINDACATO FIRST CISL E/O PARTNER

Golinucci S.r.l.  
Viale Bovio, 194 - 47521 Cesena (FC) — Italy  
P. IVA - Iscrizione Registro Imprese di Cesena 02027260401  
tel. +39.0547.22351 - fax +39.0547.25382  
email [polizzevitaCtDgolinucci.it](mailto:polizzevitaCtDgolinucci.it)

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MORTE**  
**"MORTE PER CAUSE NATURALI" per iscritti al sindacato FIBA CISL e/o partner**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Formulazione della Polizza — Sommario

SCHEDE DI POLIZZA	
N° Polizza	B0572IF17F812
Titolare polizza	FIRST CISL EMILIA ROMAGNA
Indirizzo del Titolare di polizza	Via Amendola, 2 - 40121 BOLOGNA
Amministratore	GOLINUCCI srl - broker di assicurazioni
Copertura	<p>La Polizza Master fornisce:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>copertura assicurativa sulla vita in caso di morte per cause naturali sulla vita dei membri che scelgono di acquistare la copertura assicurativa</b></li> <li>copertura assicurativa per tutte le cause di morte sulla vita dei membri che scelgono di acquistare la copertura assicurativa "all risks".</li> </ol>
Periodo di polizza	<p>Da: [ 31.12.2017 ]</p> <p>A: [ 31.12.2020 ]</p> <p>entrambe le date sono comprese, ora locale all'indirizzo del Titolare della polizza.</p>
	IL PREMIO E' PAGATO ANNUALMENTE DA OGNI ASSICURATO
Tabella di Premio	Si veda l'Appendice 4

## 1. INDENNIZZO

In cambio del pagamento del Premio richiesto, gli Assicuratori con il presente convengono di fornire copertura assicurativa come indicato in dettaglio di seguito.

Il Titolare della polizza è assicurato, a partire dalla Data di inizio, contro la "morte per cause naturali" o "morte tutte le cause" del Membro nella misura indicata di seguito e subordinatamente ai termini esclusioni e condizioni del contratto di assicurazione enunciati nella presente Polizza Master.

## 2. DEFINIZIONI

Eccetto ove il contesto richieda diversamente, il maschile comprenderà anche il femminile, il singolare comprenderà anche il plurale e viceversa, a seconda dei casi.

Amministratore	GOLINUCCI srl - broker di assicurazioni
Attività	indica una società, professione, attività o settore registrato in Italia.
Richiesta di indennizzo	indica una Richiesta di indennizzo effettuata dal Titolare della polizza agli Assicuratori ai sensi della presente Polizza Master
Data di inizio	indica la data di inizio della Polizza Master
Informazioni riservate	indica tutte le informazioni che si riferiscono all'attività, affari, sviluppi, segreti commerciali, know-how, personale, dettagli sui clienti, dettagli sui conti di clienti, informazioni finanziarie di una parte (che) possono ragionevolmente essere considerate informazioni riservate della parte interessata. Tuttavia le informazioni cesseranno di essere riservate se divengono di dominio pubblico in modo diverso dalla violazione degli obblighi di riservatezza della presente Polizza Master.
Impiego con contratto	indica che Essi are sono dipendenti con contratto a tempo determinato della durata di almeno 13 settimane.
Data di scadenza	indica la data in cui la copertura cesserà e terminerà il pagamento di eventuale indennizzo ai sensi della presente Polizza Master.
Assicuratori	Lloyd's

Polizza Master	Indica la copertura fornita al Titolare della polizza ai sensi dei termini e condizioni del presente contratto di assicurazione.
Partner	indica i Loro coniugi, i Loro compagni di vita o le persone (dello stesso sesso o meno) con cui Essi convivono in modo permanente in una relazione equivalente al matrimonio.
Periodo di Copertura	Indica il periodo tra la Data di inizio and e la Data di cessazione per cui è stato pagato il corrispondente Premio mensile dal Titolare della polizza agli Assicuratori.
Dipendente Fisso	Indica che il dipendente è in rapporto di lavoro fisso con un contratto di servizio e il Loro impiego non ha una data stabilita o pre-definita di scadenza diversa dalla regolare età pensionabile per la Loro occupazione.
Periodo di polizza	Indica il Periodo di polizza indicato nella Scheda della presente Polizza Master.
Anno di polizza	Indica ciascun periodo di 12 mesi a partire dall'inizio della Polizza durante il Periodo di polizza
Premio	Indica il premio annuale applicabile per l'Anno di polizza in base all'età e al sesso del membro e del suo partner.
Data di inizio	Indica la data in cui un membro (o il partner) viene dichiarato per la prima volta e inizia la copertura assicurativa. I Membri (o i partner) possono partecipare ESCLUSIVAMENTE alla data di inizio del programma, oppure entro 30 da essa senza completare una dichiarazione sulle condizioni di salute.

Data di cessazione	Indica la data di quello che si verifica prima tra i seguenti eventi: a. Il Membro (o il partner) muore; o b. Il membro (o il partner) va in pensione dal Lavoro o raggiunge l'età pensionabile legale, tra queste la data che si raggiunge per prima; oppure c. Il membro (o il partner) cessa di risiedere o Lavorare in Italia o d. Il Titolare della polizza cessa di effettuare il pagamento del Premio; oppure e. Il Titolare della polizza o l'Assicuratore cancella la presente Polizza.
Essi, Loro, Essi stessi	Indica i membri (o i partner) del Titolare di polizza che sono dichiarati nella Polizza ogni mese.
Richiesta di Indennizzo	Indica la richiesta di indennizzo effettuata dal Titolare della polizza all'Assicuratore relativamente alla morte di uno dei membri (o partner) coperti dalla presente Polizza Master.
Lavoro o Lavorare	Indica Lavoro retribuito fisso o con contratto a tempo determinato presso il Titolare della polizza.

**3. IDONEITA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA**

1.1.I membri (o i partner) hanno diritto alla copertura fornita a condizione che:

- a) Abbiamo 18 o più anni d'età e siano al di sotto dell'età pensionabile legale; e
- b) Lavorino (alle dipendenze o in proprio) e risiedano in Italia da 6 mesi consecutivi; e
- c) Siano attualmente membri del Titolare della polizza.

2.2. I membri (o partner) non hanno diritto alla copertura assicurativa se:

- a) Essi hanno un rapporto di Lavoro casuale, temporaneo o stagionale alla Data di inizio.
- b) Essi attualmente non sono occupati nel Lavoro perché sono in congedo di maternità, congedo di paternità, congedo per adozione o congedo parentale.
- c) Essi non erano mentalmente e fisicamente in grado di eseguire i loro compiti quotidiani di lavoro e non erano Attivamente al Lavoro all'inizio della loro assicurazione e sono stati assenti dal Lavoro a causa di un incidente o malattia per o oltre 10 giorni negli ultimi dodici mesi o sono stati soggetti ad un premio aggiuntivo di oltre il 150% o abbiano ricevuto benefici limitati/negati al momento di aderire all'assicurazione.

2.3. Il Titolare della polizza rimetterà il Premio dovuto in conformità alla procedura enunciata nell'Appendice 1 —Amministrazione della Polizza.

**4. PAGAMENTO DI INDENNIZZI**

1.1. Esclusioni indennizzo per Morte

Non sarà dovuto alcun indennizzo per Morte se:

- a) La Loro morte deriva direttamente o indirettamente da un incidente o lesione (si vedano le

definizioni di seguito), **se l'assicurato non ha scelto la forma "morte tutte le cause"**.

Incidente: uno specifico evento improvviso, inaspettato, insolito che si verifica ad una data ora e in un dato luogo. Incidente comprende anche:

- i) esposizione derivante da un contrattempo ad un mezzo di trasporto su cui viaggia l'Assicurato;
  - ii) scomparsa: se l'Assicurato scompare durante il Periodo di Assicurazione e il suo corpo non viene trovato entro dodici mesi dalla scomparsa.
  - iii) lesione: è una lesione fisica quella che:
    - viene provocata da mezzo Accidentale, visibile e/o violento, e
    - esclusivamente e indipendentemente da ogni altra causa, eccetto malattia derivante direttamente da cure mediche o chirurgiche rese necessarie da tale lesione, provoca la morte.
- b) La loro morte deriva da cure o operazioni mediche che nell'opinione del Nostro direttore sanitario non sono necessarie dal punto di vista medico, tra cui trattamenti cosmetici o di bellezza; o
- c) se e' nell'opinione dell'Assicuratore che la loro morte è il risultato di suicidio o lesioni auto-inflitte.

## 5. ESCLUSIONI GENERALI

1.1. Non sarà dovuto alcun indennizzo relativamente a Morte direttamente o indirettamente derivante come risultato di:

- a) guerra, invasione, atto di nemico straniero, ostilità (che sia stata o meno dichiarata guerra), guerra civile, ribellione, sommossa popolare, tumulti, rivoluzione o potere militare o usurpazione.
- b) Contaminazione radioattiva da:
  - i. Radiazioni ionizzanti o contaminazione da combustibile nucleare, o da scorie nucleari derivanti dalla combustione di combustibile nucleare; o
  - ii. Effetto radioattivo, tossico, esplosivo o altro effetto pericoloso di apparecchiature nucleari esplosive o parte di tali apparecchiature;
- c) Contaminazione biologica o chimica dovuta o derivante da terrorismo.
- d) La non disposizione di eventuale prova medica richiesta per valutare la richiesta di indennizzo per morte.

## 6. CONDIZIONI GENERALI

- 1.1. La presente Polizza ed eventuali clausole aggiuntive assieme alla proposta e alla Scheda e ad eventuale dichiarazione scritta di informazioni mediche o di altro tipo fatte dal Titolare della polizza per conto dei membri (o partner) costituiscono il contratto di assicurazione tra gli Assicuratori e il Titolare della polizza.
- 1.2. Non potranno essere fatte alterazioni, variazioni, o attenuazioni di alcuno dei termini della presente Polizza se non per iscritto da parte di uno o più funzionari autorizzati degli Assicuratori.
- 1.3. Le parti del presente contratto di assicurazione potranno scegliere il diritto e la giurisdizione che regoleranno il contratto stesso. In mancanza di accordo contrario la presente Polizza è soggetta alla legge italiana e alla giurisdizione dei tribunali italiani.
- 1.4. Se in qualsiasi momento una disposizione del presente contratto di assicurazione o parte di essa divenisse non valida, illegale o inapplicabile, le parti e/o disposizioni restanti resteranno in vigore e continueranno ad essere pienamente valide.
- 1.5. Gli Assicuratori non saranno responsabili di una perdita assicurata esclusivamente nella misura in cui la perdita sia causata o derivi o sia attribuibile alla negligenza o frode del membro (o partner) del Titolare della polizza.

- 1.6.I benefici del presente contratto di assicurazione non potranno essere ceduti a terzi salvo diversamente concordato per iscritto.
- 1.7. Se al momento della richiesta di indennizzo, è in vigore un'altra Polizza, che fornisce copertura assicurativa per elementi coperti dalla presente Polizza, gli Assicuratori saranno responsabili esclusivamente in proporzione della loro quota.
- 1.8. La violazione di una condizione relativamente ad un prestito non costituirà una violazione della Polizza Master nel suo complesso.

## 7. PROCEDURA DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

- 1.1. Le richieste di indennizzo saranno pagate in conformità alla procedura indicata in dettaglio nell'Appendice 2.

## 8. NOTIFICHE

- 1.1. Una notifica o altra comunicazione richiesta o permessa da fornirsi da parte dell'Assicuratore al Titolare della polizza dovrà essere per iscritto e consegnata personalmente, oppure inviata per posta prioritaria, costi postali pre-pagati; oppure inviata via fax a:  
Segretario della Società  
E indirizzo del Titolare della polizza
- 1.2. Una notifica o comunicazione richiesta o permessa da fornirsi da parte del Titolare della polizza all'Assicuratore dovrà essere per iscritto e consegnata personalmente, oppure inviata per posta prioritaria, costi postali pre-pagati; oppure inviata via fax o inviata via mail o altro sistema di messaggi elettronico a:  
  
O altro indirizzo che l'Assicuratore o il Titolare della polizza potranno di volta in volta notificare per iscritto.

## 9. LEGGE VIGENTE

- 1.1. La presente Polizza sarà regolata e interpretata in conformità con le leggi italiane.

## 10. RINUNCIA O OMISSIONE

- 10.1. Nessuna rinuncia o omissione nel richiedere la conformità con le disposizioni, termini, limitazioni, condizioni o esclusioni della presente Polizza saranno ritenute una rinuncia o omissione precedenti o successive o obbligheranno l'Assicuratore a continuare l'eventuale rinuncia o omissione.

## 11. VARIAZIONI

- 11.1. Eventuali variazioni alla presente Polizza dovranno essere fatte per iscritto e firmate dal rappresentante autorizzato di ciascuna parte.

## 12. RISERVATEZZA

- 12.1. Ciascuna parte tratterà le Informazioni Riservate che riceve sull'altra parte e sui clienti dell'altra

parte come strettamente riservate e si impegnerà a fare qualsiasi cosa per garantire che rimangano tali. Ciascuna Parte adotterà misure per garantire che:

- a) Coloro che sono dipendenti o assunti dalla Parte interessata useranno le Informazioni Riservate esclusivamente al fine di adempiere ai propri obblighi ai sensi della presente Polizza; e
  - b) Tutte le Informazioni Riservate appartenenti all'altra parte sono identificate e trattate come tali e non divulgate a terzi senza il previo consenso scritto della prima parte.
- 12.2. Nulla di quanto contenuto nella presente clausola impedirà all'Assicuratore di fornire le relative Informazioni Riservate ai suoi riassicuratori, contabili, consulenti legali, broker di riassicurazione e enti di regolamentazione italiani o britannici o a GOLINUCCI srl - broker di assicurazioni;
- 12.3. Le disposizioni della presente clausola 12 non valgono per eventuali informazioni che siano o divengono di dominio pubblico in modo diverso che per mezzo della violazione della presente clausola 12.

Nel sottoscrivere, ciascuna Parte conviene di essere vincolata dai termini e dalle condizioni della presente Polizza e di adempiere agli obblighi ivi enunciati.



## APPENDICE 1 —AMMINISTRAZIONE DELLA POLIZZA

### 1. DURATA

- 1.1. La Durata del presente Contratto è indicata nella Scheda salvo precedente disdetta in conformità ai termini del contratto stesso. Durante tale periodo, il Titolare della polizza dichiarerà le somme assicurate per l'assicurazione secondo il formato specificato nell'Appendice 3 e l'Assicuratore fornirà la copertura assicurativa relativamente a tali somme assicurate dichiarate per l'assicurazione.

### 2. VERIFICHE

- 1.1. Il Titolare della polizza e l'Assicuratore conserveranno e terranno aggiornate tutte le cartelle e i dati relativi ai membri (o partner) Assicurati. Su richiesta dell'Assicuratore, il Titolare della polizza fornirà le informazioni che l'Assicuratore potrà ragionevolmente richiedere in relazione a eventuali membri (o partner) Assicurati.
- 1.2. L'Assicuratore (a proprie spese) potrà eseguire verifiche su eventuali o tutti i documenti, cartelle e dati del Titolare della polizza allo scopo di verificare le informazioni e controllare la conformità con la presente Polizza Master e il rispetto di tutte le leggi vigenti.
- 1.3. L'Assicuratore potrà inoltre verificare i dati del Titolare della polizza al fine di accertare che tutte le somme assicurate che dovrebbero essere riportate come allegate alla presente Polizza Master siano effettivamente state riportate in modo tempestivo.
- 1.4. In base alle leggi vigenti, l'Assicuratore potrà fare copie, a proprie spese, di eventuali documenti, cartelle o dati che egli abbia diritto a controllare ai fini di una verifica.
- 1.5. Per evitare ogni dubbio le cartelle i dati e i documenti comprendono immagini e documenti in qualsiasi formato.

### 3. RELAZIONI

- 1.1. Il Titolare della polizza dovrà, entro 14 giorni dalla fine di ciascun mese di calendario durante il Periodo della Polizza Master, dichiarare all'Assicuratore, per mezzo di bordereau nel formato specificato nell'Appendice 3: i dettagli di tutti i membri (o partner).

### 4. PREMIO

- 1.1. Il premio per ciascun membro (o partner) assicurato viene determinato sulla base della somma assicurata scelta, per l'età al prossimo compleanno del membro (o partner) alla data di inizio, come riportato in appendice 4.
- 1.2. Il Titolare della polizza, entro 14 giorni dalla fine di ciascun mese di calendario durante il Periodo della polizza, dovrà dichiarare all'Assicuratore, per mezzo di bordereau i dettagli di tutti i membri (o partner) da dichiararsi come specificato nell'Appendice 3 — Requisiti di dati.
- 1.3. Il Titolare della polizza rimetterà il Premio dovuto relativamente a ciascun rischio assicurato entro 14 giorni dalla notifica di scadenza del pagamento del premio. Il Titolare della polizza dovrà continuare a pagare il Premio alla scadenza al fine di garantire la copertura continua ai sensi della presente Polizza anche se il Titolare della polizza è in attesa di ricevere un eventuale pagamento dovuto dall'Assicuratore ai sensi della presente Polizza.

### 5. CANCELLAZIONE

- 1.1. La presente Polizza Master potrà essere cancellata da ciascuna delle parti senza preavviso all'altra se una parte riceve una notifica scritta dall'Autorità inglese o italiana per i Servizi Finanziari, in cui tale Autorità per i Servizi Finanziari avverte che intende revocare o sospendere l'eventuale

autorizzazione richiesta dall'altra per adempiere ai propri obblighi ai sensi della presente Polizza Master.

1.2. La presente Polizza Master potrà essere cancellata dal Titolare della polizza nel caso in cui:

1. Un eventuale creditore ipotecario prende possesso o viene nominato un curatore fallimentare o un fiduciario su tutta o parte sostanziale dell'impresa, proprietà o attività dell'Assicuratore;
2. L'Assicuratore prende accordi con i suoi creditori;
3. Viene emessa un'ordinanza o viene approvata una risoluzione per la liquidazione dell'Assicurato;

#### APPENDICE 2 — RICHIESTE DI INDENNIZZO

1. Il Titolare della polizza invierà richiesta di indennizzo contattando l'Amministratore.
2. Il Titolare della polizza dovrà entro 30 giorni dalla data del decesso contattare l'Amministratore e notificare la data e la causa del decesso.
3. L'Amministratore invierà al gestore del patrimonio del membro i moduli di Richiesta di indennizzo da completare. Il gestore del patrimonio del membro dovrà completarli e inviarli all'Amministratore il più presto possibile; fornendo tutte le informazioni richieste dall'Assicuratore per permettere di elaborare la richiesta di indennizzo. Questo comprenderà i seguenti:  
Certificati di nascita e di morte originali, richiesta di modulo di pagamento e modulo di accesso ai dati medici (se richiesto).
4. Il gestore del patrimonio del membro avrà la responsabilità di fornire agli Assicuratori le prove richieste. Il ritardo nel presentare richiesta di indennizzo potrà rendere l'indennizzo più difficile da confermare e (potrà) comportare un ritardo nel pagamento o provocare il mancato pagamento dell'indennizzo.
5. Se il modulo di richiesta di indennizzo non viene inviato o la sede del membro non fornisce le informazioni richieste l'Assicuratore non sarà in grado di prendere in considerazione la richiesta di indennizzo per il pagamento.
6. Il pagamento del beneficio verrà effettuato quando gli Assicuratori ricevono prova soddisfacente dell'idoneità a ricevere l'Indennizzo. Una volta accettata la richiesta di indennizzo, il beneficio verrà pagato come richiesto dalla sede del membro.

#### APPENDICE 3 — REQUISITI DI DATI

1. Insieme dei dati mensili da fornirsi agli Amministratori dal Titolare della Polizza relativamente a tutte le adesioni dei Membri in sospenso.

Campo	Esempio/formato
Numero di riferimento membro	12345678
Nome del membro (o partner)	John Smith 01/12/1960
Occupazione del membro (o partner)	
Città dove il membro (o partner) lavora	
Data inizio copertura	27/09/2008
Data di nascita	01/12/1970
Somma Assicurata	€150.000
Premio	€60,00

**APPENDICE 4 TABELLA PREMI**  
Premio monoannuale basato sull'età al prossimo compleanno, sulla base di 6 capitali assicurati (€ 50.000, € 100.000, € 150.000, € 200.000, € 250.000 o € 300.000)

**TABELLA PREMI MONOANNUALI**  
**MORTE PER CAUSE NATURALI**

ETA'	SOMMA ASSICURATA					
	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 250.000,00	€ 300.000,00
<b>Fino a 34</b>	€ 43,61	€ 72,21	€ 100,82	€ 129,42	€ 158,03	€ 186,63
<b>35</b>	€ 44,06	€ 73,12	€ 102,18	€ 131,24	€ 160,30	€ 189,36
<b>36</b>	€ 45,92	€ 76,83	€ 107,75	€ 138,66	€ 169,58	€ 200,49
<b>37</b>	€ 47,94	€ 80,87	€ 113,81	€ 146,74	€ 179,68	€ 212,61
<b>38</b>	€ 50,11	€ 85,22	€ 120,33	€ 155,44	€ 190,55	€ 225,66
<b>39</b>	€ 52,60	€ 90,19	€ 127,79	€ 165,38	€ 202,98	€ 240,57
<b>40</b>	€ 55,45	€ 95,90	€ 136,35	€ 176,80	€ 217,25	€ 257,70
<b>41</b>	€ 58,62	€ 102,24	€ 145,86	€ 189,48	€ 233,10	€ 276,72
<b>42</b>	€ 64,85	€ 114,70	€ 164,55	€ 214,40	€ 264,25	€ 314,10
<b>43</b>	€ 69,11	€ 123,22	€ 177,33	€ 231,44	€ 285,55	€ 339,66
<b>44</b>	€ 73,90	€ 132,80	€ 191,70	€ 250,60	€ 309,50	€ 368,40
<b>45</b>	€ 79,35	€ 143,69	€ 208,04	€ 272,38	€ 336,73	€ 401,07
<b>46</b>	€ 85,45	€ 155,89	€ 226,34	€ 296,78	€ 367,23	€ 437,67
<b>47</b>	€ 92,34	€ 169,67	€ 247,01	€ 324,34	€ 401,68	€ 479,01
<b>48</b>	€ 100,08	€ 185,15	€ 270,23	€ 355,30	€ 440,38	€ 525,45
<b>49</b>	€ 108,81	€ 202,61	€ 296,42	€ 390,22	€ 484,03	€ 577,83
<b>50</b>	€ 118,65	€ 222,29	€ 325,94	€ 429,58	€ 533,23	€ 636,87
<b>51</b>	€ 129,60	€ 244,20	€ 358,80	€ 473,40	€ 588,00	€ 702,60
<b>52</b>	€ 141,97	€ 268,93	€ 395,90	€ 522,86	€ 649,83	€ 776,79
<b>53</b>	€ 155,75	€ 296,49	€ 437,24	€ 577,98	€ 718,73	€ 859,47
<b>54</b>	€ 171,10	€ 327,19	€ 483,29	€ 639,38	€ 795,48	€ 951,57
<b>55</b>	€ 188,26	€ 361,51	€ 534,77	€ 708,02	€ 881,28	€ 1.054,53
<b>56</b>	€ 207,28	€ 399,56	€ 591,84	€ 784,12	€ 976,40	€ 1.168,68
<b>57</b>	€ 228,50	€ 442,00	€ 655,50	€ 869,00	€ 1.082,50	€ 1.296,00
<b>58</b>	€ 251,99	€ 488,98	€ 725,97	€ 962,96	€ 1.199,95	€ 1.436,94
<b>59</b>	€ 277,96	€ 540,92	€ 803,88	€ 1.066,84	€ 1.329,80	€ 1.592,76
<b>60</b>	€ 306,63	€ 598,25	€ 889,88	€ 1.181,50	€ 1.473,13	€ 1.764,75
<b>61</b>	€ 338,27	€ 661,54	€ 984,81	€ 1.308,08	€ 1.631,35	€ 1.954,62
<b>62</b>	€ 373,12	€ 731,23	€ 1.089,35	€ 1.447,46	€ 1.805,58	€ 2.163,69
<b>63</b>	€ 411,27	€ 807,53	€ 1.203,80	€ 1.600,06	€ 1.996,33	€ 2.392,59
<b>64</b>	€ 453,27	€ 891,54	€ 1.329,81	€ 1.768,08	€ 2.206,35	€ 2.644,62

--- L'età da considerare è quella che l'assicurato compirà al prossimo compleanno in data successiva al 31/12/2017  
Il premio unico dovuto per ogni assicurato è determinato in funzione dell'età, del capitale assicurato e delle condizioni di salute. All'inizio di ogni anno assicurativo il premio per ogni assicurato si incrementa in ragione della nuova età e della somma assicurata. Il costo annuo riportato in tabella e' comprensivo di € 15 per costi di gestione ed emissione.

**Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's**

Indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2016, determinato secondo i dispositivi previsti dalla Direttiva Solvency II, è pari al 215%. Il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 32.528 milioni\* ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 25.473 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 4.712 milioni e da riserve centrali di EUR 2.343 milioni.

\* Tasso di cambio al 31.12.2016: EUR 1,00 = GBP 0,852 (fonte: Financial Times).



**SCHEDA DI ADESIONE  
 ASSICURAZIONE SULLA VITA CASO MORTE PER CAUSE NATURALI**

- PER ISCRITTI AL SINDACATO FIRST CISL E/O CONVIVENTE -

**Si prega di compilare le pagine 1, 2 e 5 con le informazioni richieste ed inviarle tramite fax allo 0547 25382 attendendo la comunicazione del Broker prima di effettuare il bonifico**

**Dati Anagrafici dell'iscritto o del partner dell'iscritto**

Indicare chi è l'assicurato:  iscritto First Cisl  partner dell'iscritto

(il partner deve sempre compilare la dichiarazione di buona salute)

Cognome e Nome: ..... Sesso:  M  F Codice Fiscale: .....

Comune e provincia di residenza: ..... In d i r i z z o .....

Luogo e data di nascita: ..... Professione: .....

**Somme Assicurate**

Capitale assicurato:

50.000 €     100.000 €     150.000 €     200.000 €     250.000 €     300.000 €

Beneficiari in caso di morte dell'Assicurato (se diversi dagli eredi legittimi):

Nome e cognome .....Data e luogo di nascita .....

Rapporto con l'Assicurato ... ..

**Premio annuo da pagare** (come da tabella riportata a pagina 3): €.....

**a)** La copertura decorre, senza periodi di carenza, dalla data di conferma copertura da parte di GOLINUCCI srl (e comunque non antecedente al 31/12/2017 ) fino alle ore 24 del 31/12/2018.

**b)** La **scheda di adesione** la **ricevuta di informativa** e la **copia del bonifico** vanno inviate a mezzo fax a Golinucci srl (0547-25382) oppure per email [all'indirizzo polizzevita@golinucci.it](mailto:all'indirizzo polizzevita@golinucci.it)

**c)** Il certificato assicurativo verrà inviato via mail alla casella di posta elettronica dell'iscritto alla Fiba Cisl

**Bonifico bancario intestato a:** GOLINUCCI srl      Presso Cassa di Risparmio di Cesena Spa.  
**IBAN: IT27M0612023901 CC0010020471**

- Allego la dichiarazione di buona salute ( vedasi ultima pagina modulo di adesione)**
- Dichiaro di essere attualmente "attivo al lavoro" e di non essere stato assente dal lavoro per infortunio o malattia per più di 10 giorni negli ultimi 12 mesi**

<b>FIRMA PER ADESIONE POLIZZA</b>	DATA	FIRMA
Con riferimento L. 196/03 acconsento al trattamento dei dati personali e all'invio di comunicazioni commerciali a distanza (reg. ISVAP n. 34)	DATA	FIRMA

**RICEVUTA INFORMATIVA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di assicurato di un Programma Assicurativo in forma "collettiva" avente come Contraente la Fiba Cisl e compagnia di assicurazione Lloyd's, in ottemperanza del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 e n. 34 del 19/03/2010, accetta di ricevere su supporto durevole, dal sito [www.golinucci.it](http://www.golinucci.it) :

- copia della comunicazione informativa ("allegato 7A"), sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti;
- copia della dichiarazione ("allegato 7B") contenente i dati essenziali dell'intermediario e della attività;
- informativa sulla privacy: ai sensi del D.L. 196/2003 autorizzo Golinucci S.r.l., al trattamento dei dati personali e all'invio di comunicazioni commerciali a distanza (secondo il regolamento ISVAP n.34)
- lettera di incarico al broker GOLINUCCI srl che lo autorizza a gestire il programma assicurativo
- è a conoscenza di avere un periodo di ripensamento di 14 giorni dalla data di acquisto, per cancellare il contratto di assicurazione a distanza, con rimborso totale del premio (Direttiva 2011/83/Ue – D.Lgs 58/2014)

**prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o contratto assicurativo relativo alla polizza vita caso morte per cause naturali.**

**Con la firma della presente ricevuta informativa confermo di accettare quanto sopra indicato.**

**In ogni momento l'assicurato può richiedere di ricevere la suddetta documentazione in formato cartaceo.**

<b>COGNOME E NOME</b>	<b>DATA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>INDIRIZZO E-MAIL</b>		<b>RECAPITO TELEFONICO</b>

**QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

**ESIGENZE RIGUARDANTI L'ADERENTE**

1) Quali obiettivi si intendono perseguire tramite l'adesione alla polizza sulla vita caso morte?  
 completare le coperture assicurative sulla persona  ottemperare ad un obbligo contrattuale o di legge)

**INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL PROGRAMMA ASSICURATIVO**

Le sono chiare le caratteristiche del programma offerto?  Si  No  
 Le sono chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel programma?  Si  No

**DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE**

Il sottoscritto dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini della adeguatezza del programma offerto.

D A T A ----- F I R M A D E L L ' A S S I C U R A T O -----

## TABELLA PREMI MONOANNUALI

### MORTE PER CAUSE NATURALI

ETA	SOMMA ASSICURATA					
	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00	€ 200.000,00	€ 250.000,00	€ 300.000,00
Fino a 34	€ 43,61	€ 72,21	€ 100,82	€ 129,42	€ 158,03	€ 186,63
35	€ 44,06	€ 73,12	€ 102,18	€ 131,24	€ 160,30	€ 189,36
36	€ 45,92	€ 76,83	€ 107,75	€ 138,66	€ 169,58	€ 200,49
37	€ 47,94	€ 80,87	€ 113,81	€ 146,74	€ 179,68	€ 212,61
38	€ 50,11	€ 85,22	€ 120,33	€ 155,44	€ 190,55	€ 225,66
39	€ 52,60	€ 90,19	€ 127,79	€ 165,38	€ 202,98	€ 240,57
40	€ 55,45	€ 95,90	€ 136,35	€ 176,80	€ 217,25	€ 257,70
41	€ 58,62	€ 102,24	€ 145,86	€ 189,48	€ 233,10	€ 276,72
42	€ 64,85	€ 114,70	€ 164,55	€ 214,40	€ 264,25	€ 314,10
43	€ 69,11	€ 123,22	€ 177,33	€ 231,44	€ 285,55	€ 339,66
44	€ 73,90	€ 132,80	€ 191,70	€ 250,60	€ 309,50	€ 368,40
45	€ 79,35	€ 143,69	€ 208,04	€ 272,38	€ 336,73	€ 401,07
46	€ 85,45	€ 155,89	€ 226,34	€ 296,78	€ 367,23	€ 437,67
47	€ 92,34	€ 169,67	€ 247,01	€ 324,34	€ 401,68	€ 479,01
48	€ 100,08	€ 185,15	€ 270,23	€ 355,30	€ 440,38	€ 525,45
49	€ 108,81	€ 202,61	€ 296,42	€ 390,22	€ 484,03	€ 577,83
50	€ 118,65	€ 222,29	€ 325,94	€ 429,58	€ 533,23	€ 636,87
51	€ 129,60	€ 244,20	€ 358,80	€ 473,40	€ 588,00	€ 702,60
52	€ 141,97	€ 268,93	€ 395,90	€ 522,86	€ 649,83	€ 776,79
53	€ 155,75	€ 296,49	€ 437,24	€ 577,98	€ 718,73	€ 859,47
54	€ 171,10	€ 327,19	€ 483,29	€ 639,38	€ 795,48	€ 951,57
55	€ 188,26	€ 361,51	€ 534,77	€ 708,02	€ 881,28	€ 1.054,53
56	€ 207,28	€ 399,56	€ 591,84	€ 784,12	€ 976,40	€ 1.168,68
57	€ 228,50	€ 442,00	€ 655,50	€ 869,00	€ 1.082,50	€ 1.296,00
58	€ 251,99	€ 488,98	€ 725,97	€ 962,96	€ 1.199,95	€ 1.436,94
59	€ 277,96	€ 540,92	€ 803,88	€ 1.066,84	€ 1.329,80	€ 1.592,76
60	€ 306,63	€ 598,25	€ 889,88	€ 1.181,50	€ 1.473,13	€ 1.764,75
61	€ 338,27	€ 661,54	€ 984,81	€ 1.308,08	€ 1.631,35	€ 1.954,62
62	€ 373,12	€ 731,23	€ 1.089,35	€ 1.447,46	€ 1.805,58	€ 2.163,69
63	€ 411,27	€ 807,53	€ 1.203,80	€ 1.600,06	€ 1.996,33	€ 2.392,59
64	€ 453,27	€ 891,54	€ 1.329,81	€ 1.768,08	€ 2.206,35	€ 2.644,62

--- L'età da considerare è quella che l'assicurato compirà al prossimo compleanno in data successiva al 31/12/2017.

Il premio unico dovuto per ogni assicurato è determinato in funzione dell'età, del capitale assicurato e delle condizioni di salute. All'inizio di ogni anno assicurativo il premio per ogni assicurato si incrementa in ragione della nuova età e della somma assicurata.

### Informazioni sulla situazione patrimoniale di Lloyd's

Indice di solvibilità complessivo del mercato di Lloyd's al 31.12.2014 : il 17079%. pari a 170,79 volte il margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

28.997

Il capitale del mercato di Lloyd's ammonta ad EUR 24.463 milioni\* ed è composto dai Fondi dei membri presso Lloyd's di EUR 20.162 milioni, dai Bilanci dei membri di EUR 6.662 milioni e da riserve centrali di 2.174 Milioni.

## ESTRATTO CONDIZIONI

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' assicurata la morte per cause naturali delle persone assicurate, avvenuta durante il periodo di validità, se

### 2. EFFICACIA DELLA COPERTURA

L'assicurato è idoneo alla copertura alle seguenti condizioni:

- 1) ha almeno 18 anni e non oltre i 64 anni;
- 2) lavora (come dipendente o lavoratore autonomo) risiede in Italia da 6 mesi consecutivamente;
- 3) è attualmente assicurato, o coniuge di assicurato, della Fiba Cisl.

L'assicurato non è idoneo alla copertura se:

- 1) alla data di stipula della polizza ha un lavoro occasionale, interinale, o stagionale;
- 2) non sta attualmente lavorando in quanto in congedo di maternità, paternità, adozione o parentale;
- 3) alla data di stipula della polizza non era in condizioni psico-fisiche atte a portare a termine i normali compiti giornalieri ed è stato assente dal lavoro a causa di incidente o malattia per 10 giorni o più nel corso degli ultimi dodici mesi o è stato soggetto ad una maggiorazione del premio superiore al 150% in analoghe polizze sullavita.

### 3. ESCLUSIONI

Non sarà indennizzabile alcun beneficio per morte se la morte dell'assicurato è la conseguenza diretta o indiretta di un incidente o infortunio (vedere qui sotto per le definizioni)

- a) Incidente: un improvviso, inaspettato, inusuale, specifico evento che accade in un posto ed in un momento identificabili. L'incidente includerà anche:
  - esposizione del rischio derivante da incidente di un mezzo di trasporto su cui la persona assicurata sta viaggiando;
  - scomparsa; se la persona assicurata scompare durante il periodo di assicurazione ed il suo corpo non viene ritrovato entro 12 mesi dalla scomparsa
- b) Infortunio: è una lesione fisica:
  - dovuta a causa fortuita, violenta, esterna ed oggettivamente constatabile,
  - esclusivamente ed indipendente da altre cause, eccetto la malattia derivante direttamente da trattamenti medici o chirurgici resi necessari da tali lesioni, che ne determini la morte.

Non sarà indennizzabile alcun beneficio per morte:

- a) se la morte deriva da operazioni o trattamenti che secondo il parere del nostro ufficiale medico caponon sono necessari dal punto di vista medico, tra cui trattamenti cosmetici o di bellezza
- b) se nell'opinione dell'assicuratore il decesso è dovuto a suicidio o a lesioni autoinflitte

Non sarà indennizzabile alcun beneficio rispetto alla morte direttamente o indirettamente derivante da:

- a) guerra, invasioni, interventi di nemici stranieri, atti di ostilità (indipendentemente che la guerra sia dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, sommossa, rivolta, atti di potere militare o usurpato
- b) contaminazioni radioattive derivanti da:
  - radiazione ionizzante o contaminazione da materiale fissile, o da scorie radioattive derivanti da materiale fissile incendiato
  - effetti radioattivi, tossici, esplosivi o altri effetti pericolosi prodotti da attrezzature nucleari esplosive o parti di esse
- c) contaminazione biologica o chimica dovuta o derivante da atti di terrorismo
- d) la non fornitura delle prove mediche necessarie a valutare la richiesta del sinistro di morte.

### 4. PREMIO

Il premio unico dovuto per ogni assicurato è determinato in funzione dell'età, del capitale assicurato e delle condizioni di salute. All'inizio di ogni anno assicurativo il premio per ogni assicurato si incrementa in ragione della nuova età e della somma assicurata.

In caso di ingresso di nuovi assicurati in polizza nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ogni assicurato



## DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE

NOME: .....

COMUNE DI RESIDENZA ED INDIRIZZO: .....

1. E' attualmente senza infortuni, malattie, disagi?  SI  NO  
Se NO, indicare i dettagli: .....

2. Negli ultimi 12 mesi è stato malato, sotto controllo medico o ha preso  
medicinali (oltre a malattie minori quali influenza, raffreddore...)  SI  NO  
Se SI, indicare i dettagli: .....

3. Negli ultimi 12 mesi ha avuto infortuni, malattie o operazioni chirurgiche?  SI  NO  
Se SI, indicare le date e le malattie: .....

4. Ha ragione di pensare che potrebbe aver bisogno di controlli medici o  
interventi chirurgici in futuro?  SI  NO  
Se SI, indicare i motivi e i dettagli: .....

5. Negli ultimi 12 mesi ha fatto radiografie, ecografie, risonanze magnetiche, TAC?  SI  NO  
Se SI, indicare i motivi e i dettagli: .....

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_