

**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 cognomeData 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
- 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**

| | | |
|--|------|-------|
| FIRMA PER ADESIONE POLIZZA | DATA | FIRMA |
| Con riferimento L. 196/03acconsento 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 :

- 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.

| | | |
|-------------------------|-------------|----------------------------|
| COGNOME E NOME | DATA | FIRMA |
| | | |
| INDIRIZZO E-MAIL | | RECAPITO TELEFONICO |
| | | |

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? Sì No

Le sono chiare le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel programma? Sì 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 COSTI 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. 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).

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 sulla vita.

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 sua 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
