

**SCHEDA DI ADESIONE  
 ASSICURAZIONE SULLA VITA CASO MORTE PER TUTTE LE CAUSE**

**- 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 Fiba 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 l u o g o d i n a s c i t a .....

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.  
 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)
- b) 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?  Sì  No

Le sono chiare le esclusioni, le limitazioni e le scadenze 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.

DATA ----- FIRMA DELL'ASSICURATO -----

## TABELLA COSTI MONOANNUALI

### MORTE PER TUTTE LE CAUSE

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>	€ 47,29	€ 79,57	€ 111,86	€ 144,14	€ 176,43	€ 208,71
<b>36</b>	€ 49,36	€ 83,71	€ 118,07	€ 152,42	€ 186,78	€ 221,13
<b>37</b>	€ 51,60	€ 88,19	€ 124,79	€ 161,38	€ 197,98	€ 234,57
<b>38</b>	€ 54,01	€ 93,02	€ 132,03	€ 171,04	€ 210,05	€ 249,06
<b>39</b>	€ 56,77	€ 98,54	€ 140,31	€ 182,08	€ 223,85	€ 265,62
<b>40</b>	€ 59,95	€ 104,89	€ 149,84	€ 194,78	€ 239,73	€ 284,67
<b>41</b>	€ 63,47	€ 111,93	€ 160,40	€ 208,86	€ 257,33	€ 305,79
<b>42</b>	€ 67,47	€ 119,94	€ 172,41	€ 224,88	€ 277,35	€ 329,82
<b>43</b>	€ 71,96	€ 128,92	€ 185,88	€ 242,84	€ 299,80	€ 356,76
<b>44</b>	€ 77,00	€ 139,00	€ 201,00	€ 263,00	€ 325,00	€ 387,00
<b>45</b>	€ 82,74	€ 150,47	€ 218,21	€ 285,94	€ 353,68	€ 421,41
<b>46</b>	€ 89,15	€ 163,30	€ 237,45	€ 311,60	€ 385,75	€ 459,90
<b>47</b>	€ 96,41	€ 177,82	€ 259,23	€ 340,64	€ 422,05	€ 503,46
<b>48</b>	€ 104,56	€ 194,11	€ 283,67	€ 373,22	€ 462,78	€ 552,33
<b>49</b>	€ 113,74	€ 212,48	€ 311,22	€ 409,96	€ 508,70	€ 607,44
<b>50</b>	€ 124,10	€ 233,20	€ 342,30	€ 451,40	€ 560,50	€ 669,60
<b>51</b>	€ 135,63	€ 256,26	€ 376,89	€ 497,52	€ 618,15	€ 738,78
<b>52</b>	€ 148,65	€ 282,30	€ 415,95	€ 549,60	€ 683,25	€ 816,90
<b>53</b>	€ 163,15	€ 311,30	€ 459,45	€ 607,60	€ 755,75	€ 903,90
<b>54</b>	€ 179,31	€ 343,62	€ 507,93	€ 672,24	€ 836,55	€ 1.000,86
<b>55</b>	€ 197,37	€ 379,74	€ 562,11	€ 744,48	€ 926,85	€ 1.109,22
<b>56</b>	€ 217,40	€ 419,80	€ 622,20	€ 824,60	€ 1.027,00	€ 1.229,40
<b>57</b>	€ 239,74	€ 464,48	€ 689,22	€ 913,96	€ 1.138,70	€ 1.363,44
<b>58</b>	€ 264,46	€ 513,92	€ 763,38	€ 1.012,84	€ 1.262,30	€ 1.511,76
<b>59</b>	€ 291,80	€ 568,60	€ 845,40	€ 1.122,20	€ 1.399,00	€ 1.675,80
<b>60</b>	€ 321,98	€ 628,95	€ 935,93	€ 1.242,90	€ 1.549,88	€ 1.856,85
<b>61</b>	€ 355,28	€ 695,56	€ 1.035,84	€ 1.376,12	€ 1.716,40	€ 2.056,68
<b>62</b>	€ 391,97	€ 768,93	€ 1.145,90	€ 1.522,86	€ 1.899,83	€ 2.276,79
<b>63</b>	€ 432,13	€ 849,25	€ 1.266,38	€ 1.683,50	€ 2.100,63	€ 2.517,75
<b>64</b>	€ 476,34	€ 937,67	€ 1.399,01	€ 1.860,34	€ 2.321,68	€ 2.783,01

~  
 ~ 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

- a) per cause naturali
- b) per incidente o infortunio

delle persone assicurate, avvenuta durante il periodo di validità della polizza, se l'assicurato ha corrisposto il relativo premio.

### 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:

- a) se la morte deriva da operazioni e trattamenti che secondo il parere del nostro ufficiale medico capo non 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 d e t t a g l i : .....
  
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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_