|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  | | --- | --- | | **Allegato “E1”** | | | **Tabella speciale limiti di indennizzo COVID-19** | | | **CIG N.** |  | | | |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Premio pro capite euro 5,00 tolleranza assicurati non paganti 5%** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Massimale di  riferimento** | **Massimale offerto** |
| **LIMITE CATASTROFALE** | **3.000.000,00** |  |
| **CASO MORTE** | **Vedi polizza base** |  |
| **CASO INVALIDITÀ PERMANENTE** | **Vedi polizza base** |  |
| **SPESE MEDICHE A SEGUITO DI CONTAGIO DA COVID-19** | **1.500,00** |  |
| **DIARIA DA RICOVERO** | **50,00** |  |
| **INDENNITÀ DA CONVALESCENZA** | **1.500,00** |  |
| **INDENNITÀ FORFETTARIA DA QUARANTENA** | **300,00** |  |
| **PERDITA DELL’ANNO SCOLASTICO** | **1.000** |  |
| **ASSISTENZA** | **Massimale di  riferimento** | **Massimale offerto** |
| **Pareri medici Immediati** | **illimitato** |  |
| **Informazioni sanitarie telefoniche** | **illimitato** |  |
| **Invio di un medico a domicilio** | **illimitato** |  |
| **Trasporto in ambulanza** | **illimitato** |  |
| **Invio di una collaboratrice familiare – ore per sinistro** | **5** |  |
| **Assistenza infermieristica specializzata domiciliare - ore per sinistro** | **20** |  |
| **Consegna spesa e medicinali a domicilio nr interventi max** | **3** |  |
| **Counseling psicologico** | **illimitato** |  |