

Su carta intestata della Compagnia Assicurativa o del Broker

**DICHIARAZIONE DI VIGENZA COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI PROFESSIONALI**

Si dichiara che la Spett. [**ragione sociale del fornitore**] con sede in,
via....., C.F. e/o P.I. n° ha stipulato presso
la nostra Compagnia [**nome della Compagnia Assicurativa nel caso di dichiarazione
rilasciata da Broker**] una polizza assicurativa per Infortuni Professionali, compreso il
Rischio Volo, a favore dei propri dipendenti, in aggiunta alle coperture di Legge, il cui
premio è stato regolarmente corrisposto, avente le seguenti caratteristiche:

NUMERO DI POLIZZA: _____

CASO MORTE: capitale assicurato pro capite di _____

CASO INVALIDITÀ PERMANENTE: massimale pro capite di _____

PERIODO DI COPERTURA: _____

**Gli Assicuratori rinunciano ad avvalersi del disposto dell'articolo 1916 del Codice
Civile verso i responsabili dell'infortunio.**

FIRMA COMPAGNIA ASSICURATIVA/BROKER

Note: *il capitale assicurato pro capite in caso morte ed il massimale pro capite in caso di
invalidità permanente non potranno essere inferiori a euro 100.000=*

*Nel caso la polizza non sia estesa a tutto il personale dipendente occorre indicare i
nominativi degli assicurati.*