



## ***PIANO SANITARIO COVID – 19***

**PER TITOLARI ADESIONE DA PARTE DELLE ASSOCIAZIONI PROVINCIALI**

---

## PIANO SANITARIO COVID-19/FL

Il presente Piano sanitario viene prestato in forma collettiva, stipulato dalla Associazione Provinciale per conto di tutti i Titolari delle Farmacie Associate

Soggetti tutelati: tutti i Titolari delle Farmacia associate all'Associazione Provinciale aderente

Validità territoriale: in tutto il mondo

### GARANZIE:

- A - INDENNITA' DA RICOVERO
- B - INDENNITA' DA QUARANTENA
- C - INDENNITA' DA CONVALESCENZA
- D - GLOSSARIO E NORME CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

### A – INDENNITA' DI RICOVERO

In caso di Ricovero in strutture sanitarie, pubbliche e/o private, dovuto a infezione da COVID -19, viene corrisposta una indennità giornaliera di € 200,00 per un massimo di 15 giorni.

### B – INDENNITA' DA QUARANTENA

In caso di quarantena forzata presso il proprio domicilio determinata da test positivo al tampone COVID – 19, con esclusione delle persone asintomatiche anche se positive al tampone, viene corrisposta una indennità giornaliera di € 200,00 per un massimo di 15 giorni.

### C – INDENNITA' DA CONVALESCENZA

In caso di dimissione da Istituto di Cura, pubblico e/o privato, a seguito di ricovero in Terapia Intensiva causato da infezione da COVID-19, viene corrisposta una indennità forfettaria una tantum di € 3.500,00.

## D – NORME CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

### D.1. – DECORRENZA DELLA PRESTAZIONE

- La garanzia decorre dalle ore 24 della data di pagamento e avrà scadenza al 31.12.2020, per tutti i soggetti che alla data della sottoscrizione non risultano positivi al covid-19 o in quarantena.

### D.2. - OBBLIGHI PER AVER DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

#### A - IN CASO DI RICHIESTA DI INDENNITA DA RICOVERO:

Cartella clinica e/o documento equipollente che attesti la causale del Ricovero

#### B – IN CASO DI RICHIESTA DI INDENNITA DA QUARANTENA:

Documento che attesti l'obbligatorietà della quarantena a causa di esito positivo a COVID-19 da applicazione di Tampone.

#### C – IN CASO DI RICHIESTA DI INDENNITA CONVALESCENZA:

Cartella clinica e/o documento equipollente che dimostri la dimissione da ricovero per terapia intensiva a causa di contrazione del COVID-19

## E – COSTO DELLA GARANZIA

Costo della garanzia a Farmacia € 27,00.