



# PIANO SANITARIO COVID - 19

PER TITOLARI ADESIONE DA PARTE DELLE SINGOLE FARMACIE





# **PIANO SANITARIO COVID-19/FL**

Il presente Piano sanitario viene prestato in forma singola, stipulato dalla Farmacia a tutela del proprio Titolare

Soggetti tutelati: il Titolari della Farmacia 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 € 35,00.