

PIANO SANITARIO COVID – 19

***RISERVATO A TUTTI I DEPENDENTI E COLLABORATORI DELLE FARMACIE
ADERENTI A FEDERFARMA***

PIANO SANITARIO COVID-19/FL

Il presente Piano sanitario è riservato alle Farmacie che decidono di prestare le seguenti garanzie a tutti i loro dipendenti e collaboratori

Soggetti tutelati: tutti i dipendenti e i collaboratori della Farmacia che aderisce.

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 € 100,00 a partire dal 6° giorno di ricovero per un massimo di 10 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 € 100,00 a partire dal 8° giorno per un massimo di 10 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 € 3.000,00.

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 carico della singola Farmacia, per dipendente/collaboratore € 10,00.