

# COPERTURA COVID-19

## GUIDA OPERATIVA

MARZO 2020



# Pacchetto Covid-19

## Introduzione

Per offrire un sostegno in caso di necessità, è stato attivato un pacchetto Benefit, composto da una **copertura assicurativa (1)** e da un servizio di **Assistenza post-ricovero (2)**. Le garanzie sono attive sino al 31.12.2020, salvo interruzione del rapporto di lavoro/collaborazione con l'azienda. La copertura vale per dipendenti e assimilati di età non superiore a 70 anni. Il Pacchetto Covid-19 comprende:

### 1) Copertura assicurativa info a pagina 4

#### Indennità da Ricovero

€ 100  
per ogni giorno di ricovero superiore al 7°  
causato da infezione da COVID-19 per un  
massimo di ulteriori 10 giorni

#### Indennità da Convalescenza

€ 3.000  
corrisposta alla dimissione da istituto di  
cura a seguito di ricovero in terapia  
intensiva causato da infezione da COVID-19

### I servizi di assistenza

- Invio medico generico
- Trasporto in autoambulanza
- Trasporto dal pronto soccorso al domicilio
- Trasferimento e rientro dall' istituto di cura specialistico
- Invio collaboratrice familiare: 5 ore
- Invio Baby sitter a domicilio: 5 ore
- Accompagnamento figlio minore a scuola
- Consegna spesa a domicilio
- Invio Pet sitter: 5 ore max 1 ora al gg

### 2) Assistenza post Ricovero info a pagina 6

# Pacchetto Covid-19

## Principali condizioni ed esclusioni

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. Non sono inoltre assicurabili personale medico, paramedico, professioni sanitarie, dipendenti di farmacia, membri della Protezione Civile o ad essa collegato.

Sono escluse/i dall'assicurazione indennitaria:

- a) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- b) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- c) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- d) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- e) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità.

Limitatamente alla garanzia Assistenza, sono escluse/i:

- a) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.
- b) gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;
- c) le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;
- d) le prestazioni in natura (pertanto l'assistenza), ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un rischio guerra.

# 1. Copertura assicurativa

## Le garanzie indennitarie

<b>CHE COSA E' ASSICURATO</b>	In caso di diagnosi di positività al Covid-19 successiva alla decorrenza della copertura e conseguente ricovero, sempre in Italia, presso una struttura ospedaliera, la Compagnia corrisponde all'assistito:	
	<b>INDENNITÀ DA RICOVERO</b>	<b>€ 100</b> per ogni giorno di ricovero superiore al 7° causato da infezione da COVID-19 per un massimo di ulteriori 10 giorni (tranne per il giorno di dimissione)
	<b>INDENNITÀ DA CONVALESCENZA</b>	<b>€ 3.000</b> Somma corrisposta alla dimissione da istituto di cura a seguito di ricovero in terapia intensiva causato da infezione da Covid-19
<b>DENUNCIA DEI SINISTRI</b>	Per la denuncia di un sinistro, non appena ne avrà la possibilità, l'assicurato dovrà: <ul style="list-style-type: none"><li>- Compilare e sottoscrivere il modulo INDENNITA' COVID-19 (allegato a pag.5)</li><li>- Inviare il modulo all'indirizzo <b>indennita.covid19@marsh.com</b> (attiva da lunedì 30/03/2020) allegando la copia della cartella clinica relativa al ricovero per Covid-19 oppure la copia della lettera di dimissione purché siano indicati la diagnosi di infezione Covid-19 e il periodo di ricovero, con la specifica dei giorni di ricovero eventualmente effettuati in Terapia Intensiva</li><li>- acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti</li><li>- fornire tutta la documentazione (medica e non) che la Compagnia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro</li></ul>	
	L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.	
<b>CUSTOMER CARE</b>	Esclusivamente per ricevere supporto nella compilazione del modulo INDENNITA' COVID-19 è disponibile il Customer Care raggiungibile al numero <b>02/48538713</b> che sarà attivo a partire da lunedì 23/03/2020, dal lunedì al giovedì negli orari 09:30-12:30 e 14:30-17:00 e il venerdì dalle ore 09:30 alle 12:30.	

# MODULO INDENNITA' COVID-19

## (compilare in stampatello)

Spettabile  
MARSH S.P.A.  
Ufficio Sinistri  
Viale Bodio, 33  
20158 Milano (MI)  
[indennita.covid19@marsh.com](mailto:indennita.covid19@marsh.com)

La consegna del presente modulo è affidata a Marsh S.p.A. che, secondo un contratto di servizi stipulato con ASSIDIM, fornisce il proprio supporto nelle attività di gestione dei sinistri.

DENOMINAZIONE AZIENDA DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE GRUPPO AZIENDALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

ASSISTITO \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

IN VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CATEGORIA AZIENDALE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

DATA EVENTO \_\_\_\_\_ LOCALITÀ \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA DELLA CARTELLA CLINICA RELATIVA AL RICOVERO PER COVID-19 O COPIA DELLA LETTERA DI DIMISSIONI CON EVIDENZA DELLA DIAGNOSI, DELLA DURATA DEL RICOVERO E DELL'EVENTUALE PERIODO DI TERAPIA INTENSIVA**

NOTA BENE: Verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE PER PROCEDERE ALLA RICHIESTA DI INDENNIZZO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, premesso che:

- (i) ho preso visione dell'INFORMATIVA SULLA PRIVACY e dei diritti ivi riconosciuti compreso il diritto di revoca del consenso;
- (ii) ho preso atto che Assidim al fine di adempiere alle richieste di indennizzo avrà necessità di raccogliere e trattare Dati relativi alla salute;
- (iii) ho preso atto che al fine di adempiere alla richiesta di indennizzo Assidim potrà contattare l'Azienda che ha stipulato la copertura (di seguito "Azienda"), presso la quale o per la quale presto attività lavorativa come dipendente e/o assimilato, per verificare la sussistenza del rapporto di lavoro/collaborazione con quest'ultima, prendendo altresì atto che tale verifica - per la quale verranno comunicati all'Azienda unicamente i miei dati anagrafici - è idonea a rilevare all'Azienda il mio stato di salute;
- (iv) ho preso atto che per il corretto e lecito trattamento degli stessi, ivi incluso per il trattamento di cui al punto iii) di cui sopra, si rende necessario il mio espresso ed esplicito consenso e che in assenza Assidim non potrà quindi trattare tali dati e non potrà procedere all'indennizzo;

Affinché Assidim, in qualità di titolare del trattamento dei Dati, possa dar seguito alla presente richiesta d'indennizzo presto espressamente ed esplicitamente il mio consenso a contattare l'Azienda per la verifica di cui al punto iii) di cui sopra e a trattare i miei Dati personali relativi alla salute,

\_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## 2. Assistenza post Ricovero

### Centrale Operativa Europ Assistance

#### **CHI PUO' UTILIZZARE I SERVIZI**

L'assicurato che abbia effettuato un ricovero in Italia per Covid-19 della durata di almeno 7 giorni, indennizzabile a termini di polizza, e che sia stato dimesso dall'istituto di cura in stato di guarigione e non si trovi in quarantena.

#### **QUANDO SI POSSONO RICHIEDERE**

I servizi sono fruibili a seguito delle dimissioni dal ricovero per Covid-19 e sono attivabili anche per successivi eventi attinenti alla salute dell'assistito e non connessi al ricovero iniziale da Covid-19, da cui emerga uno stato di necessità e fino al 31.12.2020.

#### **COME RICHIEDERE I SERVIZI**

I servizi sono erogati dalla Centrale Operativa di Europ Assistance raggiungibile ai seguenti recapiti telefonici:

**800 046652**

**+39 02 58246023**

L'assicurato dovrà presentarsi con nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico, azienda e gruppo aziendale di appartenenza e

fornendo il codice «fascia tessera» **MBMC**

A seguito della richiesta, la Centrale Operativa verificherà l'operatività della copertura e ricontatterà l'assicurato per l'organizzazione della prestazione di assistenza.

**N.B.: LA CENTRALE OPERATIVA NON RILASCIAMO INFORMAZIONI DI TIPO SANITARIO IN MERITO ALLA PANDEMIA COVID-19, MA SOLO PER L'ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA.**

## 2. Assistenza post Ricovero

### I servizi disponibili

A seguito di dimissioni da ricovero superiore a 7 giorni per Covid-19, l'assistito, previa esibizione di certificato di guarigione, purché non si trovi in quarantena, può richiedere:	OPERATIVITA' DELLA GARANZIA
<b>Invio di un medico a domicilio</b> (o, se non disponibile, trasferimento in ambulanza al centro medico più vicino)	Feriali dalle 20 alle 8 Festivi h24.
<b>Trasporto in autoambulanza all'istituto di cura più vicino</b>	Italia, San Marino, Città del Vaticano
<b>Trasporto in autoambulanza dopo l'accettazione in Pronto Soccorso</b>	Italia, San Marino, Città del Vaticano – Max 300km a/r
<b>Trasferimento in un istituto di cura specialistico</b> per condizioni non curabili nell'ambito della regione di residenza. La Struttura Organizzativa provvede a sue spese: <ul style="list-style-type: none"> <li>•ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;</li> <li>•ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;</li> <li>•ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.</li> </ul>	Italia, San Marino, Città del Vaticano. Sono escluse le terapie riabilitative e i trasporti in violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.
<b>Invio di una collaboratrice familiare</b>	Italia, San Marino, Città del Vaticano 5 ore per evento, entro 5 giorni dal primo utilizzo
<b>Baby-sitter</b> - Se l'Assicurato non può accudire il bambino minore di 13 anni, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una baby-sitter, compatibilmente con le disponibilità locali.	Italia, San Marino, Città del Vaticano 5 ore per evento, entro 5 giorni dal primo utilizzo
Se l'Assicurato non può <b>accompagnare a scuola i figli minori di 13 anni</b> , la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il trasporto in taxi del minore dal domicilio fino all'istituto scolastico e ritorno.	Italia, San Marino, Città del Vaticano max 5 trasporti a/r
<b>Consegna spesa a domicilio</b> – in caso di gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura invia un proprio incaricato per la consegna dei generi alimentari di prima necessità oppure autorizza il rimborso delle spese sostenute dall'assistito (max €50/sinistro)	Lun-Ven 9-18 (no festivi)
Se nei 15 giorni successivi alle dimissioni non può accudire il proprio animale domestico, può contattare (almeno 72h prima) la Struttura Organizzativa che <b>ricerca un pet-sitter</b> e lo invia a proprie spese al domicilio.	Max 5 giorni – 1 ora al giorno (dalle 9 alle 18)

*L'operatività delle prestazioni rimane soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie anche riferite alla singola struttura sanitaria/ospedaliera o centro medico per il contenimento e il contrasto del diffondersi del virus Covid-19 sul territorio nazionale ed è valida esclusivamente in Italia.*



La presente Guida Operativa è da intendersi quale documento sintetico elaborato a fini illustrativi ed esemplificativi dei contenuti dell'assistenza Covid-19. Per maggiori dettagli, nonché per qualsiasi interpretazione delle clausole e delle condizioni previste farà fede unicamente il testo di convenzione stipulato dalla Cassa di Assistenza/Contraente.



**MERCER MARSH**  
**BENEFITS™**

Marsh S.p.A. - Sede Legale: Viale Bodio, 33 - 20158 Milano - Tel. 02 48538.1 - [www.marsh.it](http://www.marsh.it)

Cap. Soc. Euro 520.000,00 i.v. - Reg. Imp. MI - N. Iscriz. e C.F.: 01699520159 - Partita IVA: 01699520159 - R.E.A. MI - N. 793418 - Iscritta al R.U.I. - Sez. B / Broker - N. Iscriz. B000055861

Società soggetta al potere di direzione e coordinamento di Marsh International Holdings Inc., ai sensi art. 2497 c.c.