MERCER MARSH BENEFITS™

CASSA DI ASSISTENZA SANINT

COPERTURA COVID-19
GUIDA OPERATIVA
Gruppo UniCredit S.p.A.

MARZO 2020

MARSH & McLENNAN COMPANIES

Copertura assicurativa

Per offrire un sostegno in caso di necessità, è stato attivata una nuova **copertura assicurativa.**
Le garanzie sono attive fino al 31.12.2021 per i soli dipendenti del gruppo UniCredit
La copertura vale per dipendenti e assimilati di età non superiore a 70 anni

Le garanzie

CHE COSA E' ASSICURATO	In caso di diagnosi di positività al tampone Covid-19 successiva alla decorrenza della copertura e conseguente ricovero o periodo di quarantena , sempre in Italia, presso una struttura ospedaliera, la Compagnia corrisponde all'assistito:	
	INDENNITÀ DA RICOVERO	**€ 100** per ogni giorno di ricovero causato da infezione da COVID-19 per un massimo di 30 giorni (tranne per il giorno di dimissione)
	INDENNITÀ DA CONVALESCENZA	**€ 2.000** Somma corrisposta alla dimissione da istituto di cura a seguito di ricovero in terapia intensiva causato da infezione da Covid-19
	INDENNITÀ DA QUARANTENA	**€ 500** Somma corrisposta, anche in assenza di ricovero, qualora si renda necessario un periodo di isolamento domiciliare a seguito di accertata positività al virus COVID-19 (necessario referto di positività al tampone attestante la necessità del suddetto isolamento domiciliare rilasciato dalle Autorità competenti su conferma del Ministero della Salute e/o dell'Istituto Superiore di Sanità)

Copertura assicurativa

Cosa fare in caso di sinistro

DENUNCIA DEI SINISTRI	Per la denuncia di un sinistro, non appena ne avrà la possibilità e comunque entro il termine di prescrizione di due anni, l'assicurato dovrà: - Compilare e sottoscrivere il modulo INDENNITA' COVID-19 (allegato a pag.4) - Inviare il modulo all'indirizzo **indennita.covid19@marsh.com** 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 - Documentazione attestante la positività al Covid-19 e prescrizione del periodo di quarantena - 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 - fornire tutta la documentazione (medica e non) che la Compagnia riterrà opportuno acquisire ai fini di una corretta e completa istruttoria del sinistro L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
CUSTOMER CARE	Esclusivamente per ricevere supporto nella compilazione del modulo INDENNITA' COVID-19 è disponibile il Customer Care raggiungibile al numero **02/48538713** 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.

Principali 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.

MODULO INDENNITA' COVID-19

(compilare in stampatello)

Spettabile
MARSH S.P.A.
Ufficio Sinistri
indennita.covid19@marsh.com

La consegna del presente modulo è affidata a Marsh S.p.A. che, secondo un contratto di servizi stipulato con Cassa di Assistenza SANINT, 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 –**
- **PER L'INDENNITA' DI QUARANTENA ALLEGARE DOCUMETAZIONE COMPROVANTE LA POSITIVITA' AL COVID–19 E PRESCRIZIONE DEL PERIODO DI QUARANTENA RILASCIATO DALLE AUTORITA' COMPETENTI SU CONFERMA DEL MINISTERO DELLA SALUTE E/O ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'**

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 SANINT 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 SANINT 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 SANINT non potrà quindi trattare tali dati e non potrà procedere all'indennizzo;

Affinché SANINT, 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,

_____, lì _ _/ _ _ /_ _ _ _ Firma _____

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.

CASSA DI ASSISTENZA SANINT

MERCER MARSH BENEFITS™

Marsh S.p.A. - Sede Legale: Viale Bodio, 33 - 20158 Milano - Tel. 02 48538.1 - 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.