

## **Sol·licitud de prestació**

### **Dades de l'assegurat:**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_\_

Domicili: \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Municipi: \_\_\_\_\_

Província: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Lloc on l'assegurat prestava els serveis laborals, estatutaris o professionals:

Denominació del centre hospitalari/residència: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Categoria laboral, estatutària o professional de l'assegurat.\* \_\_\_\_\_

\* Detall de categories a l'apartat "Informació adicional a la sol·licitud de prestació"

### **Dades del sol·licitant (cal emplenar en cas que no coincideixin amb les de l'assegurat):**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Domicili: \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Municipi: \_\_\_\_\_

Província: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### **Dades en relació amb la prestació que se sol·licita:**

En cas de defunció:

Data de defunció: \_\_\_\_\_

Lloc de defunció: \_\_\_\_\_

Comunitat autònoma: \_\_\_\_\_

Municipi: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

En cas d'hospitalització:

Data d'ingrés hospitalari: \_\_\_\_\_

Data d'alta hospitalària: \_\_\_\_\_

Lloc d'hospitalització: \_\_\_\_\_

Comunitat autònoma: \_\_\_\_\_

Municipi: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

### **Documentació requerida**

Aquesta sol·licitud ha d'anar acompanyada de la documentació indicada a continuació, que cal que porti el beneficiari:

a) Per a qualsevol prestació:

- Fotocòpia del DNI del beneficiari o beneficiaris, en vigor i per totes dues cares.
- Document que acrediti la titularitat del compte bancari en què cada beneficiari vol percebre la prestació.
- En cas que calgui, document que acrediti la liquidació de l'impost que gravi la prestació (impost sobre successions i donacions).
- Aquesta sol·licitud de la prestació degudament signada.

b) En cas de defunció de l'assegurat, el beneficiari també ha d'aportar:

- Certificat literal de defunció de l'assegurat.
- Certificat mèdic de defunció de l'assegurat.
- Informe mèdic acreditatiu, amb el detall de les dates d'hospitalització i, si escau, de l'alta.
- Els documents que acreditin la condició de beneficiari:
  - La condició de cònjuge no separat legalment es pot acreditar mitjançant el certificat de matrimoni expedit amb posterioritat a la defunció.
  - La condició de fills de l'assegurat es pot acreditar mitjançant el testament acompanyat del certificat expedit pel Registre d'Actes d'Última Voluntat o, quan no se'n tingui, declaració d'hereus.
  - La condició de pares de l'assegurat es pot acreditar mitjançant el llibre de família.
  - La condició d'hereu es pot acreditar aportant el certificat expedit pel Registre d'Actes d'Última Voluntat, la còpia de l'últim testament de l'assegurat, l'acta de notorietat o la interlocutòria judicial de declaració d'hereus abintestat.

c) En cas d'hospitalització de l'assegurat, que ha de ser el sol·licitant de la prestació, també ha d'aportar:

- Informe mèdic acreditatiu, amb el detall de les dates d'hospitalització i alta.

d) En tot cas, l'asseguradora obridora queda autoritzada a sol·licitar a la Conselleria de Salut de la comunitat autònoma, a l'organisme competent o, si no n'hi ha, a l'hospital o residència o entitat, per al qual l'assegurat prestava els serveis:

- Certificat que acrediti que l'assegurat pertany a algun dels col·lectius que integren el grup asseguable de la pòlissa i que la prestació que se sol·licita deriva de la COVID-19 contreta en l'exercici de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

En cas que l'entitat asseguradora no pogués obtenir el certificat esmentat, pot sol·licitar al beneficiari qualsevol altre document o mitjà de prova que calgui per verificar que l'assegurat pertany al grup assegurat i que el sinistre és conseqüència directa de la COVID-19 contreta per haver mantingut contacte físic directe amb pacients que s'haurien contagiat de COVID-19.

## TRACTAMENT I CESSIÓ DE DADES PERSONALS

Els termes generals de la relació del client amb l'entitat VidaCaixa, SAU d'Assegurances i Reassegurances (amb NIF A58333261 i domicili al Paseo de la Castellana, 51, planta 1a, 28046 Madrid), la informació en relació amb les obligacions normatives i polítiques internes que ha de complir l'entitat, així com el tractament i la cessió de les seves dades amb finalitats comercials (d'acord amb les autoritzacions atorgades en cada moment), es regeixen per aquesta clàusula, tret que tingui subscrit o se subscrigui un contracte marc amb CaixaBank (i les empreses del seu Grup), cas en què els termes i condicions d'aquell contracte prevalen sobre qualsevol altre compromís en matèria de tractament de dades de caràcter personal.

Així mateix, l'entitat informa que, com a responsable del tractament de les dades personals facilitades o qualsevol dada addicional que es generi durant la vigència del contracte, les tractarà amb la finalitat de gestionar el contracte, en els termes establerts als condicionats de cada producte i en la seva normativa sectorial, i farà les comunicacions de dades que calgui segons correspongui (proveïdors de serveis, entitats reasseguradores, distribuïdors i organismes/autoritats públics).

Es pot consultar més informació sobre el tractament de les dades de caràcter personal del client per part de VidaCaixa i, especialment, sobre com es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i d'altres a la pàgina web següent: [www.vidacaixa.es/ca/proteccio-de-dades](http://www.vidacaixa.es/ca/proteccio-de-dades). Si el client ho vol, pot sol·licitar igualment aquesta informació detallada en paper a qualsevol oficina de CaixaBank.

Preval el que estableix aquesta clàusula per sobre de qualsevol disposició o procediment específic diferent previst en un contracte de producte o servei concret subscrit en el futur tret que tingui subscrit o que se subscrigui un contracte marc amb CaixaBank, cas en què aquell contracte preval sobre qualsevol altre compromís en matèria de tractament de dades de caràcter personal.

## **ENVIAMENT DE SOL·LICITUD I DOCUMENTACIÓ:**

Per correu postal:

VidaCaixa, SAU d'Assegurances i Reassegurances  
Paseo de la Castellana, 51, 1a planta  
28046 - Madrid

Per e-mail:

[contacto@vidacaixa.es](mailto:contacto@vidacaixa.es)

Per a qualsevol dubte poden contactar amb el telèfon indicat a continuació:

Telèfon: 930 141 054

Horari: De Dilluns a Dijous de 8:00 a 19:00. Divendres de 8:00 a 18:30

**Signat pel sol·licitant**

## Informació adicional a la sol·licitud de prestació

**Col·lectiu assegurat.** Formen part del col·lectiu asegurable els professionals següents:

- A) Professionals que durant el període de cobertura de la pòlissa hagin prestat els serveis al territori espanyol a centres hospitalaris públics, a centres de salut i consultoris d'atenció primària públics o als serveis públics d'urgències i emergències 112/061 del Sistema Nacional de Salut, o bé als hospitals privats o clíniques privades o serveis d'urgències i emergències que en depenen, sempre que en l'exercici de l'activitat laboral, estatutària o professional per a les institucions sanitàries anteriors hagin estat involucrats directament en la lluita contra el coronavirus/COVID-19 i hagin mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19, sempre que s'enquadrin en alguna de les categories indicades a continuació.

En el concepte centre hospitalari públic s'inclouen les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris addicionals en ocasió de la pandèmia (hospitals de campanya que depenguin d'hospitals o de les CA), però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

### Categories:

#### 1. Professionals sanitaris que desenvolupin les activitats següents

- 1.1. Metges
- 1.2. Infermers i llevadores
- 1.3. Tècnics en cures auxiliars d'infermeria
- 1.4. Especialistes en
  - a) Radiofísica hospitalària
  - b) Anàlisis clíniques
- 1.5. Tècnics superiors en
  - a) Laboratori clínic i biomèdic
  - b) Diagnòstic per la imatge i medicina nuclear
- 1.6. Farmacèutics que presten els serveis a hospitals públics o privats o a centres de salut i consultoris d'atenció primària públics.
- 1.7. Fisioterapeutes que han fet teràpia respiratòria als pacients amb COVID-19, tractament a pacients de COVID-19 a l'UCI per aconseguir una extubació prematura, així com les polineuropaties secundàries a la pronació i la sedació prolongada.

#### 2. Altres professionals sanitaris

- 2.1. Metge intern resident (MIR)
- 2.2. Infermer intern resident (IIR)
- 2.3. Farmacèutic intern resident (FIR)
- 2.4. Psicòleg intern resident (PIR)
- 2.5. Químic intern resident (QIR o QUIR)
- 2.6. Radiofísic intern resident (RFIR)

#### 3. Personal no sanitari

- 3.1. Zeladors
- 3.2. Tècnics en emergències sanitàries encarregats del trasllat de pacients amb ambulàncies o helicòpters medicalitzats

**4. Professionals sanitaris contractats conforme al que disposen les disposicions tercera a sisena de l'Ordre SND/232/2020, de 15 de març, per la qual s'adopten mesures en matèria de recursos humans i mitjans per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19**

- 4.1. Estudiants de grau de medicina i infermeria en l'últim any de formació.
- 4.2. Llicenciats en medicina aspirants al MIR i diplomats en infermeria aspirants a l'IIR.
- 4.3. Professionals sanitaris amb un títol d'especialista obtingut en Estats no membres de la Unió Europea.
- 4.4. Professionals sanitaris amb un títol d'especialista obtingut en Estats membres de la Unió Europea mitjançant procediment obert de reconeixement.
- 4.5. Reincorporació de metges i infermers jubilats amb menys de setanta anys reincorporats per l'autoritat sanitària competent de les comunitats autònomes i del personal emèrit nomenat per les comunitats autònomes.
- 4.6. Reincorporació voluntària de metges i infermers amb dispensa per l'exercici de funcions sindicals.

- B) Professionals que durant el període de cobertura de la pòlissa hagin prestat els serveis al territori espanyol en residències de gent gran públiques o privades, sempre que en l'exercici de l'activitat laboral, estatutària o professional hagin estat involucrats directament en la lluita contra el coronavirus/COVID-19 i hagin mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19, sempre que es trobin en alguna de les categories indicades a continuació:

**Categories:**

Metges  
Infermers  
Tècnics en cures auxiliars d'infermeria  
Auxiliars de geriatria i gerontologia (gerocultors)

A l'efecte de determinar la pertinença al grup assecurable, és condició indispensable que l'activitat laboral, estatutària o professional de l'assecurat estigui directament relacionada amb la salut de les persones i que per motiu del desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional hagi estat involucrat directament en la lluita contra la COVID-19 i hagi mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

**Període de cobertura**

L'assegurança dona cobertura a totes aquelles persones del col·lectiu assecurat que siguin hospitalitzades o que morin a causa directa de la COVID-19 des del passat 14 de març i fins al proper 13 de setembre de 2020, tots dos dies inclosos.

**Detall de les garanties contractades**

**(1) Defunció.**

L'entitat asseguradora ha d'abonar al beneficiari un capital brut de 30.000 € si durant el període de cobertura es produeix la defunció de l'assecurat per causa directa de la COVID-19 contreta per l'assecurat per motiu del desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver estat involucrat directament en la lluita contra la COVID-19 i mantenir contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

Els beneficiaris de la prestació de defunció són per ordre preferent i exclouent els que s'indiquen a continuació:

1. El cònjuge de l'assegurat —tret que hagués recaigut sentència de separació— i els fills a parts iguals.
2. Els pares de l'assegurat també a parts iguals.
3. Per últim, els hereus de l'assegurat.

## **(2) Hospitalització de l'assegurat a instal·lacions públiques o privades.**

L'entitat asseguradora ha d'abonar a l'assegurat com a beneficiari un import brut de 100 € per dia d'hospitalització de l'assegurat, sempre que aquesta hospitalització s'hagi iniciat durant el període de cobertura i s'hagi produït per causa directa de la COVID-19 contreta per l'assegurat per motiu del desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional en haver estat el mateix involucrat directament en la lluita contra la COVID-19 i mantenir contacte físic amb persones infectades per la COVID-19 i sempre que l'ingrés hospitalari superi els tres dies i fins a un màxim de dues setmanes.

En cas que es produís la defunció abans que no s'hagués satisfet la prestació d'hospitalització que, si escau, correspongués, el beneficiari d'aquesta prestació és el beneficiari de la prestació per defunció.

En el concepte instal·lacions hospitalàries públiques o privades s'inclouen les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris addicionals en ocasió de la pandèmia (hospitals de campanya que depenguin d'hospitals o de les CA), però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

---

## MODEL DE CERTIFICAT PER AL PERSONAL SANITARI

\_\_\_\_\_ (organisme competent), amb CIF \_\_\_\_\_ i domicili social a \_\_\_\_\_, i en el seu nom i representació \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, en qualitat de responsable,

### CERTIFICA

Que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, ha prestat els serveis a\*\* \_\_\_\_\_ (centre hospitalari\* públic o privat/centre de salut públic/consultori d'atenció primària públic/serveis públics o privats d'urgències i emergències) en qualitat de\*\* \_\_\_\_\_ (metge/infermer o llevadora/tècnic en cures auxiliars d'infermeria/farmacèutic/especialista en radiofísica hospitalària o en anàlisis clíniques/tècnic superior en laboratori clínic o biomèdic o en diagnòstic per la imatge i medicina nuclear /fisioterapeuta/MIR/IIR/FIR/PIR/QIR/RFIR/ zelador/tècnic en emergències sanitàries/professional contractat conforme al que disposa l'Ordre SND/232/2020) en el període comprès entre el (mínim el 14 de març de 2020) i el (màxim el 13 de setembre de 2020).

Que la persona abans indicada ha resultat morta / ha requerit l'ingrés en un centre hospitalari\* públic o privat i ha estat implicada directament en la lluita contra la COVID-19 en el desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

I perquè així consti i a petició s'estén aquest certificat a \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Signat i segellat.

\* Inclou les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris públics addicionals en ocasió de la pandèmia, però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

\*\* Només es poden reflectir al certificat els centres o serveis i les categories professionals que es recullen en aquest model de certificat.

---

---

**MODEL DE CERTIFICAT PER AL PERSONAL DE RESIDÈNCIES DE GENT GRAN**

\_\_\_\_\_ (organisme competent), amb CIF \_\_\_\_\_ i domicili social a \_\_\_\_\_, i en el seu nom i representació \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, en qualitat de responsable,

**CERTIFICA**

Que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, ha prestat els serveis a\*\* \_\_\_\_\_ (residència de gent gran pública o privada) en qualitat de\*\* \_\_\_\_\_ (metge/infermer/tècnic en cures auxiliars d'infermeria/gerocultor) en el període comprès entre el (mínim el 14 de març de 2020) i el (màxim el 13 de setembre de 2020).

Que la persona abans indicada ha resultat morta / ha requerit l'ingrés en un centre hospitalari\* públic o privat i ha estat implicada directament en la lluita contra la COVID-19 en el desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

I perquè així consti i a petició s'estén aquest certificat a \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Signat i segellat.

\* Inclou les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris públics addicionals en ocasió de la pandèmia, però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

\*\* Només es poden reflectir al certificat les residències de gent gran públiques o privades i les categories professionals que es recullen en aquest model de certificat.

---