

Solicitud Prestación

Datos del Asegurado:

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Nº _____

C.P. _____ Municipio: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Lugar en que el asegurado prestaba sus servicios laborales, estatutarios o profesionales:

Denominación del centro hospitalario/residencia: _____

Dirección: _____

Categoría laboral, estatutaria o profesional del asegurado^(*): _____

^(*)Detalle de categorías en el apartado de "Información adicional a la Solicitud de Prestación"

Datos del Solicitante (a cumplimentar en caso de no coincidir con el asegurado):

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Nº _____

C.P. _____ Municipio: _____

Provincia: _____

Teléfono: _____ e-mail: _____

Datos en relación a la prestación que se solicita:

En caso de fallecimiento:

Fecha de fallecimiento: _____

Lugar de fallecimiento: _____

Comunidad Autónoma: _____

Municipio: _____ C.P. _____

En caso de hospitalización:

Fecha de ingreso hospitalario: _____

Fecha de alta hospitalaria: _____

Lugar de hospitalización: _____

Comunidad Autónoma: _____

Municipio: _____ C.P. _____

Documentación requerida

La presente solicitud deberá ir acompañada de la documentación indicada a continuación, que deberá ser aportada por el beneficiario:

a) Para cualquier prestación:

- Fotocopia del DNI del beneficiario o beneficiarios, en vigor y por ambas caras.
- Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria en la que cada beneficiario desea percibir la prestación.
- En caso de que sea necesario, documento que acredite la liquidación del impuesto que grave la prestación (Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones).
- Esta solicitud de la prestación debidamente firmada.

b) En el caso de fallecimiento del asegurado, el beneficiario deberá también aportar:

- Certificado literal de defunción del asegurado.
- Certificado médico de defunción del asegurado
- Informe médico acreditativo, con el detalle de las fechas de hospitalización y, en su caso, alta.
- Los documentos que acrediten la condición de beneficiario:
 - La condición de cónyuge no separado legalmente podrá acreditarse mediante certificado de matrimonio expedido con posterioridad a la defunción.
 - La condición de hijos del asegurado podrá acreditarse mediante testamento acompañado de certificado expedido por el Registro de Actos de última Voluntad o, en su defecto, declaración de herederos.
 - La condición de padres del asegurado podrá acreditarse mediante el libro de familia
 - La condición de heredero podrá acreditarse aportando el certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.

c) En el caso de hospitalización del asegurado, que debe ser el solicitante de la prestación, también deberá aportar:

- Informe médico acreditativo, con el detalle de las fechas de hospitalización y alta.

d) En cualquier caso la aseguradora abridora queda autorizada a solicitar a la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma, Organismo Competente o en su defecto al hospital o residencia o entidad, para el cual el asegurado prestaba sus servicios:

- Certificado que acredite que el asegurado pertenece a alguno de los colectivos que integran el grupo asegurable de la póliza y que la prestación que se solicita deriva del COVID-19 contraído en el ejercicio de su profesión, atendiendo de forma directa a pacientes que podían ser positivos en COVID-19.

En el caso de que la aseguradora no pudiera obtener el referido certificado, podrá solicitar al beneficiario cualquier otro documento o medio de prueba que precise para verificar que el asegurado pertenece al grupo asegurado y que el siniestro es consecuencia directa del COVID-19 contraído por haber mantenido contacto físico directo con pacientes que se habrían contagiado de COVID-19.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana.
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE VIDA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE VIDA por razón del contrato de seguro.

MAPFRE VIDA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado/Afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE VIDA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE VIDA a solicitar o verificar de

los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE VIDA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE VIDA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en: <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPLICPART01401ESES02>

ENVIO DE SOLICITUD Y DOCUMENTACION:

Por correo postal:

MAPFRE
Prestaciones Personas
Calle Llodio, 4 , 2ª planta
28034 – Madrid

A través de mail:

Pvsanitarios@mapfre.com

Para cualquier duda podrán contactar en el teléfono indicado a continuación:

Teléfono: 918 366 122

Horario: De Lunes a Jueves de 8:00 a 19:00. Viernes de 8:00 a 18:30

Firmado por el solicitante

Información adicional a la Solicitud de Prestación

Colectivo asegurado: Forman parte del grupo asegurable los siguientes profesionales:

- A) Profesionales que durante el periodo de cobertura de la póliza hayan prestado sus servicios en territorio español en centros hospitalarios públicos, en centros de salud y consultorios de atención primaria públicos o en los servicios públicos de urgencias y emergencias 112/061 del Sistema Nacional de Salud, o en hospitales privados o clínicas privadas o servicios de urgencias y emergencias dependientes de éstos, siempre que en el ejercicio de su actividad laboral, estatutaria o profesional para las anteriores instituciones sanitarias hayan estado involucrados directamente en la lucha contra el coronavirus/COVID-19, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19, siempre que se encuadren en alguna de las categorías indicadas a continuación.

En el concepto centro hospitalario público se incluyen instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios adicionales con ocasión de la pandemia (hospitales de campaña dependientes de hospitales o de las CC.AA) pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias

Categorías:

1. Profesionales Sanitarios que desarrollen las siguientes actividades

- 1.1. Médicos
- 1.2. Enfermeros y matronas
- 1.3. Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
- 1.4. Especialistas en:
 - a) Radiofísica Hospitalaria
 - b) Análisis Clínicos
- 1.5. Técnicos Superiores en:
 - a) Laboratorio Clínico y Biomédico
 - b) Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear
- 1.6. Farmacéuticos que presten sus servicios en hospitales públicos o privados o en centros de salud y consultorios de atención primaria públicos.
- 1.7. Fisioterapeutas que han realizado terapia respiratoria a los pacientes con COVID-19, tratamiento a pacientes de COVID-19 en UCI para conseguir una extubación temprana, así como las polineuropatías secundarias a la pronación y la sedación prolongada.

2. Otros Profesionales Sanitarios

- 2.1. Médico Interno Residente (MIR)
- 2.2. Enfermero Interno Residente (EIR)
- 2.3. Farmacéutico Interno Residente (FIR)
- 2.4. Psicólogo Interno Residente (PIR)
- 2.5. Químico Interno Residente (QIR o QUIR)
- 2.6. Radiofísico Interno Residente (RFIR)

3. Personal no sanitario

- 3.1. Celadores
- 3.2. Técnicos en Emergencias Sanitarias encargados del traslado de pacientes en ambulancias o helicópteros medicalizados.

4. Profesionales sanitarios contratados conforme a lo dispuesto en las disposiciones tercera a sexta de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19

- 4.1. Estudiantes de grado de medicina y enfermería en su último año de formación.
- 4.2. Licenciados en Medicina aspirantes al MIR y Diplomados en Enfermería aspirantes al EIR.
- 4.3. Profesionales sanitarios con título de especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea.
- 4.4. Profesionales sanitarios con título de especialista obtenidos en Estados miembros de la Unión Europea mediante procedimiento abierto de reconocimiento
- 4.5. Reincorporación de médicos y enfermeros jubilados menores de setenta años reincorporados por la autoridad sanitaria competente de las Comunidades Autónomas y del personal emérito nombrado por las Comunidades Autónomas.
- 4.6. Reincorporación voluntaria de médicos y enfermeros con dispensa por la realización de funciones sindicales.

- B) Profesionales que durante el periodo de cobertura de la póliza hayan prestado sus servicios en territorio español en residencias de mayores públicas o privadas, siempre que en el ejercicio de su actividad laboral, estatutaria o profesional hayan estado involucrados directamente en la lucha contra el coronavirus/COVID-19, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19, siempre que se encuadren en alguna de las categorías indicadas a continuación:

Categorías:

- Médicos.
- Enfermeros
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería
- Auxiliares de geriatría y gerontología (gerocultores)

A efectos de determinar la pertenencia al grupo asegurable, será condición indispensable que la actividad laboral, estatutaria o profesional del asegurado esté directamente relacionada con la salud de las personas y que por motivo del desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional hayan estado involucrados directamente en la lucha contra el COVID-19 habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

Periodo de Cobertura

El seguro dará cobertura a todas aquellas personas del colectivo asegurado que sean hospitalizadas o fallezcan a causa directa del COVID-19 desde el pasado 14 de marzo hasta el próximo 13 de septiembre de 2020, ambos días incluidos.

Detalle garantías contratadas

(1) Fallecimiento.

La entidad aseguradora abonará al beneficiario un capital bruto de 30.000 euros si durante el periodo de cobertura se produce el fallecimiento del asegurado por causa directa del COVID-19 contraído por el asegurado por motivo del desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional habiendo estado involucrado directamente en la lucha contra el COVID-19 manteniendo contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

Los beneficiarios de la prestación de fallecimiento serán por orden preferente y excluyente los indicados a continuación:

1. El cónyuge del asegurado -salvo que hubiese recaído sentencia de separación- y sus hijos a partes iguales.
2. Los padres del asegurado también a partes iguales
3. Por último los herederos del asegurado.

(2) Hospitalización del Asegurado en instalaciones hospitalarias públicas o privadas.

La entidad aseguradora abonará al asegurado como beneficiario un importe bruto de 100 euros por día de hospitalización del asegurado, siempre que dicha hospitalización se haya iniciado durante el periodo de cobertura y se haya producido por causa directa del COVID-19 contraído por el asegurado por motivo del desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional al haber estado el mismo involucrado directamente en la lucha contra el COVID19 manteniendo contacto físico con personas infectadas por el COVID-19. Esta prestación se abonará siempre que la hospitalización requerida haya sido superior a tres días y el importe máximo a indemnizar corresponderá a 14 días de hospitalización.

En el caso de que se produjera el fallecimiento antes de que se hubiera satisfecho la prestación de hospitalización que, en su caso, correspondiera, el beneficiario de dicha prestación será el beneficiario de la prestación por fallecimiento.

En el concepto de instalaciones hospitalarias públicas o privadas se incluyen instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios adicionales con ocasión de la pandemia (hospitales de campaña dependientes de hospitales o de las CC.AA) pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL SANITARIO

_____ (Organismo competente), con NIF _____ y domicilio social en _____, y en su nombre y representación _____ con NIF _____ en calidad de responsable,

CERTIFICA

Que D./Dña _____, con NIF _____, ha prestado sus servicios en ^(**) _____ (centro hospitalario^(*) público o privado/centro de salud público/consultorio de atención primaria público/servicios públicos o privados de urgencias y emergencias) en calidad de ^(**) _____ (médico/enfermero o matrona/ técnico en cuidados auxiliares de enfermería/farmacéutico/especialista en radiofísica hospitalaria o en análisis clínicos/técnico superior en laboratorio clínico o biomédico o en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear /fisioterapeuta/MIR/EIR/FIR/PIR/QIR/RFIR/ celador/técnico en emergencias sanitarias/ profesional contratado conforme a lo dispuesto en la Orden SND/232/2020) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 13 de septiembre de 2020).

Que la persona arriba indicada ha resultado fallecida / ha requerido de ingreso en un centro hospitalario^(*) público o privado y ha estado implicada directamente en la lucha contra el COVID-19 en el desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

Y para que así conste y a petición se extiende el presente certificado en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado y sellado.

^(*)Incluye instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios públicos adicionales con ocasión de la pandemia, pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

^(**) Sólo pueden reflejarse en el certificado los centros o servicios y las categorías profesionales que se recogen en este modelo de certificado.

MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL RESIDENCIAS MAYORES

_____ (Organismo competente), con NIF _____ y domicilio social en _____, y en su nombre y representación _____ con NIF _____ en calidad de responsable,

CERTIFICA

Que D./Dña _____, con NIF _____, ha prestado sus servicios en^(**) _____ (residencia de mayores pública o privada) en calidad de^(**) _____ (médico/enfermero/técnico en cuidados auxiliares de enfermería/gerocultor) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 13 de septiembre de 2020).

Que la persona arriba indicada ha resultado fallecida / ha requerido de ingreso en un centro hospitalario^(*) público o privado y ha estado implicada directamente en la lucha contra el COVID-19 en el desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

Y para que así conste y a petición se extiende el presente certificado en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado y sellado.

(*) Incluye instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios públicos adicionales con ocasión de la pandemia, pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

(**) Sólo pueden reflejarse en el certificado los centros o servicios y las categorías profesionales que se recogen en este modelo de certificado.
