

PRESTACIÓ DE L'ASSEGURANÇA ESCOLAR

INSTRUCCIONS PER EMPLENAR LA SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ D'ASSEGURANÇA ESCOLAR

En tot moment podeu demanar assessorament i ajuda al nostre personal d'atenció al públic.

- 1. PRESTACIÓ SOL·LICITADA.-** Marqueu amb una X les caselles corresponents. (La prestació l'ha de sol·licitar l'estudiant i si és menor d'edat, el progenitor o tutor)
- 2 i 3. DADES PERSONALS I ACADÈMIQUES DE L'ESTUDIANT.-** Empleneu, per a totes les prestacions, tots els apartats. A la casella del núm. d'afiliació a la Seguretat Social, cal consignar-lo i indicar amb una X si és en condició de titular o de beneficiari.
- 4. SI SOL·LICITEU LA PRESTACIÓ COM A PROGENITOR/TUTOR DE L'ESTUDIANT**

Consigneu totes les dades en els supòsits en què l'estudiant sigui menor d'edat i marqueu amb una X si sou progenitor o tutor.
- 5. COMUNICAT D'ACCIDENT.-** A emplenar pel centre docent.
- 6. DADES DELS FAMILIARS QUE CONVIUEN AMB EL SOL·LICITANT.-** Consigneu totes les dades per a la prestació d'infortuni familiar.
- 7. PER EMPLENAR EN CAS DE DEFUNCIÓ DE L'ESTUDIANT.** Consigneu totes les dades.
- 8. HEU SOL·LICITAT/PERCEBUT LA PRESTACIÓ DE NEUROPSIQUIATRIA EN UNA ALTRA PROVÍNCIA.** Consigneu totes les dades.
- 9. DADES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ (S'HA D'EMPLENAR SI ES TRACTA DE PRESTACIONS ECÒNOMIQUES O PRESTACIONS SANITÀRIES FACILITADES PER CENTRES NO AUTORITZATS).-** Marqueu amb una creu la casella de la forma de cobrament que escolliu per cobrar la vostra prestació una vegada reconeguda.



Empleneu aquest imprès de la manera més exacta possible perquè així facilitareu el tràmit de la vostra prestació.

Abans de començar a escriure, llegiu amb deteniment tots els apartats, com també les instruccions per emplenar-los.

SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DE L'ASSEGURANÇA ESCOLAR

1.- PRESTACIÓ SOL·LICITADA (senyaleu-la amb una creu X)

| PRESTACIONS ECONÒMIQUES | PRESTACIONS SANITÀRIES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incapacitats derivades d'accident escolar <input type="checkbox"/> Despeses d'enterrament derivades d'accident sigui o no escolar i malaltia <input type="checkbox"/> Infortuni familiar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Defunció del cap de família <input type="checkbox"/> Ruïna o fallida econòmica <input type="checkbox"/> Pròrrogues | <input type="checkbox"/> Derivades d'accident escolar <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Tuberculosi pulmonar i òssia <input type="checkbox"/> Tocologia <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Internament complet <input type="checkbox"/> Hospitalització dia (internament) <input type="checkbox"/> Ambulatori <input type="checkbox"/> Pròrrogues <input type="checkbox"/> Fisioteràpia, radioteràpia, cobaltoteràpia, ronyó artificial, etc. <input type="checkbox"/> Cirurgia maxil·lofacial |

2.- DADES PERSONALS DE L'ESTUDIANT

| | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------|------------------------|
| Primer cognom | | Segon cognom | | Nom | |
| DNI - NIE - Passaport | | Sexe <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona | Nom del pare | | Nom de la mare |
| Data de naixement | Núm. de la Seguretat Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiari | | Treballa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | Núm. de telèfon |
| Domicili (carrer, plaça ...) | | | Número | Bloc | Escala Pis Porta |
| Codi postal | Localitat | | Província | | Nacionalitat |

3.- DADES ACADÈMIQUES

| | | | | |
|------------------------|--|--|-----------|------|
| Carrera o especialitat | | | | Curs |
| Centre docent | | | Localitat | |

4.- SI SOL·LICITEU LA PRESTACIÓ COM A PROGENITOR TUTOR DE L'ESTUDIANT

| | | | | | | | |
|------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------|--------------|------------------------|--|
| Primer cognom | | Segon cognom | | Nom | | DNI - NIE - Passaport | |
| Domicili (carrer, plaça ...) | | | | Número | Bloc | Escala Pis Porta | |
| Codi postal | Localitat | | Província | | Nacionalitat | | |

Cognoms i nom:

DNI-NIE-passaport:

③

7.- PER EMPLENAR EN CAS DE DEFUNCIÓ DE L'ESTUDIANT

| Parentiu amb l'estudiant difunt | Nom i cognoms | DNI-NIE-passaport |
|---------------------------------|---------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

8.- HEU SOL·LICITAT/PERCEBUT LA PRESTACIÓ DE NEUROPSIQUIATRIA EN UNA ALTRA PROVÍNCIA
 SÍ NO Província Període reconegut
9.- ELECCIÓ DE FORMA DE COBRAMENT (s'ha d'emplenar si es tracta de prestacions econòmiques o prestacions sanitàries facilitades per centres NO autoritzats)

PAGAMENT A ESPANYA (banc o caixa d'estalvis)

 A FINESTRETA EN COMPTE/LLIBRETA

BIC:

| IBAN (antic compte corrent) | CODI PAÍS | CCC | | | |
|-----------------------------|-----------|---------|------------------|------------|------------------|
| | | ENTITAT | OFICINA/SUCURSAL | D. CONTROL | NÚMERO DE COMPTE |
| | | | | | |

TITULAR DEL COMPTE: Nom i cognoms

DECLARO, sota la meva responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud i que no cobro cap prestació de risc anàleg a la que ara sol·licito, derivada d'algun règim de la Seguretat Social.

AUTORITZO la consulta de les dades d'identificació personal com també la consulta de les dades de domicili a través del Servei de Verificació de Dades de Residència, en tot cas amb garantia de confidencialitat i als exclusius efectes d'aquesta sol·licitud, en el supòsit d'accedir-hi informàticament.

SOL·LICITO, mitjançant la firma d'aquest imprès, que es cursi la meva petició de prestació d'assegurança escolar, adoptant totes les mesures necessàries per resoldre-la de la millor manera.

....., de/d' de 20

Signatura de la persona sol·licitant

Es lliura aquesta diligència de verificació per fer constar que les dades reflectides en aquest formulari coincideixen fidelment amb les que apareixen en els documents originals aportats o exhibits pel sol·licitant.

Signatura

Nom del funcionari

Data Lloc

L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL US INFORMA

Les dades personals i les de l'historial clínic que aporteu seran custodiades per l'Institut Nacional de la Seguretat Social, amb les suficients garanties de confidencialitat segons la Llei de protecció de dades de caràcter personal (Llei 15/1999, de 13 de desembre, BOE del dia 14). En qualsevol moment, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició sobre les dades incorporades davant l'organisme competent (art. 5 de la Llei 15/1999).

RECORDEU-VOS DE DEMANAR EL RESGUARD QUE ACREDITA QUE HEU PRESENTAT AQUESTA SOL·LICITUD

Si envieu aquesta sol·licitud per correu, heu d'aportar la documentació sol·licitada mitjançant fotocòpies confrontades per un funcionari públic autoritzat, a excepció dels documents indicats en el punt 1 i el DNI del progenitor/tutor del punt 2, dels quals s'han de facilitar totes les dades que contenen.

DIRECCIÓ PROVINCIAL DE L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL DE

PRESTACIÓ DE L'ASSEGURANÇA ESCOLAR

DOCUMENTS NECESSARIS PER TRAMITAR LA PRESTACIÓ

(Originals acompanyats de còpia per poder compulsar o fotocòpia ja compulsada, excepte per als documents d'identitat, en què n'hi ha prou amb exhibir l'original)

1. EN TOTS ELS CASOS

- Acreditació d'identitat de l'estudiant.
 - Espanyols: document nacional d'identitat (DNI) o llibre de família.
 - Estrangers: document acreditatiu d'identitat.

a) **Estudiants no universitaris:** certificat del centre d'estudis on s'especifiqui el curs i l'especialitat que realitza com també l'abonament de quotes de l'assegurança escolar.

b) **Estudiants universitaris:** resguard de l'imprès de la matrícula en què consti la facultat, el curs, les assignatures i el pagament de la quota de l'assegurança escolar.

La documentació esmentada en aquest apartat ha d'incloure un certificat d'un curs anterior al de la sol·licitud, a efectes de justificar el període de carència d'un any, excepte accident escolar, prestació d'infortuni familiar i tocologia (queden exempts d'aquest requisit els estudiants que durant l'any acadèmic anterior hagin realitzat l'últim curs dels estudis no inclosos a l'assegurança escolar).

2. QUAN EL TITULAR DEL COMPTE EN QUÈ ES SOL·LICITA EL PAGAMENT SIGUI DEL PROGENITOR O TUTOR DE L'ESTUDIANT

- DNI del progenitor/tutor.
- Llibre de família o resolució judicial per la qual es constitueix la tutela o justificant d'haver iniciat els tràmits davant l'entitat pública o òrgan judicial.

PRESTACIONS SANITÀRIES

3. Derivades d'accident escolar:

- a) Comunicat d'accident escolar, que s'emplenarà en el punt 5 de la sol·licitud.
- b) Certificat mèdic de baixa.

4. **Cirurgia, tocologia, neuropsiquiatria i tuberculosi pulmonar i òssia:** certificat mèdic oficial on consti: facultatiu que prestarà l'assistència mèdica amb referència del núm. de col·legiat, domicili del centre o consulta, especialitat, data i centre hospitalari de l'ingrés si n'hi ha, diagnòstic, tractament prescrit i temps aproximat necessari per a la seva curació. Aquest certificat es pot substituir per l'informe d'urgència mèdica, quan escaigui. Per a neuropsiquiatria, el psiquiatra ha d'indicar el diagnòstic segons les classificacions internacionals DSM-III-R o CIE/10, la descripció breu de l'estat actual del pacient, el tractament farmacològic i teràpia psicològica indicada i si aquesta la realitzarà un psicòleg o el mateix psiquiatra.

5. **Fisioteràpia, radioteràpia, cobaltoteràpia, radiumteràpia i ronyó artificial:** A més a més de tot el que s'ha esmentat en el punt anterior, un historial mèdic que motivi la sol·licitud i que indiqui el nombre de sessions, el seu tipus i el pressupost total del tractament.

La sol·licitud de totes les prestacions recollides en els punts 3, 4 i 5 d'aquest apartat serà prèvia a l'assistència mèdica per al reconeixement del dret. Només en els casos d'extrema urgència acreditada pel facultatiu, es pot presentar en el termini de cinc anys.

6. Prestacions sanitàries de neuropsiquiatria i accident en centres no concertats:

Presentació de les factures justificatives de les despeses, amb referència al núm. de factura, nom i cognoms o raó social, NIF, CIF i si s'escau núm. de col·legiat de qui l'expedeix, nom i cognoms, DNI del destinatari. Les factures han de contenir la descripció de l'acte mèdic i la seva valoració econòmica; també cal que hi figuri el detall dels conceptes, relació i preu de cada acte mèdic, com també dia i horari en el qual es presta, lloc i data d'emissió.

Acreditació de la persona que ha fet efectiu el pagament de la factura.

PRESTACIONS ECONÒMIQUES

7. **Indemnitzacions per infortuni familiar:** Llibre de família i títol de família nombrosa quan es tingui aquesta condició.

Defunció del cap de família.- Certificat de defunció.

Ruïna o fallida.- Documents que acreditin clarament el fet causant de la ruïna o fallida i també la data en què va succeir.

Pròrroga de la prestació d'infortuni familiar.- Document acreditatiu de les matèries cursades durant l'any acadèmic anterior a fi de comprovar l'aprofitament del curs.

8. **Indemnitzacions per incapacitats derivades d'accident escolar:** Comunicat d'accident escolar. Certificat mèdic que especifiqui el procés evolutiu i indiqui les seqüeles definitives, com també la disminució de la capacitat de l'accidentat, pel que fa als estudis que realitzava.

9. **Indemnitzacions per despeses d'enterrament derivades d'accident sigui o no escolar i malaltia:**

- a) Comunicat d'accident (només si és accident escolar).
- b) En cas de defunció per malaltia, informe mèdic en què es faci constar que l'afiliat, víctima de malaltia, ha mort a conseqüència d'ella en els dos anys següents a la data en què la va contraure i que la impossibilitat de continuar els estudis ha durat fins la seva mort.
- c) Certificat de defunció tant per a accident com per a malaltia.