



Rellene este impreso de la forma más exacta posible porque así facilitará el trámite de su prestación.

Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (señálese con una cruz X)

PRESTACIONES ECONÓMICAS	PRESTACIONES SANITARIAS
<input type="checkbox"/> Incapacidades derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Gastos de sepelio derivados de accidente sea o no escolar y enfermedad <input type="checkbox"/> Infortunio familiar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia <input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica <input type="checkbox"/> Prórrogas 	<input type="checkbox"/> Derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Tuberculosis pulmonar y ósea <input type="checkbox"/> Tocología <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatría: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Internamiento completo <input type="checkbox"/> Hospitalización día (internamiento) <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Prórrogas <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial, etc. <input type="checkbox"/> Cirugía maxilo-facial

2.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI - NIE - Pasaporte		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nombre del padre	
Nombre de la madre		Fecha de nacimiento		Nº de la Seguridad Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Núm. de teléfono		Domicilio: (calle, plaza ...)	
Número		Bloque		Escalera	
Piso		Puerta		Código postal	
Localidad		Provincia		Nacionalidad	

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carrera o especialidad			Curso		
Centro docente			Localidad		

4.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PROGENITOR TUTOR DEL ESTUDIANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - Pasaporte	
Domicilio: (calle, plaza ...)		Número		Bloque		Escalera	
Piso		Puerta		Código postal		Localidad	
Provincia		Nacionalidad					

Apellidos y nombre:

DNI-NIE-pasaporte:

2

5.- PARTE DE ACCIDENTE ESCOLAR (cumplimentado por el centro de estudios)

D/D.ª: _____, con DNI: _____, que ostenta
 el cargo de: _____ en el centro: _____, sito
 en la c/ _____ de _____, informa del
 accidente escolar sufrido por el estudiante de este centro, D/D.ª:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	Lugar	<input type="checkbox"/> En el centro docente	<input type="checkbox"/> En lugar distinto (indíquese):
			<input type="checkbox"/> Al ir o volver al centro	

Descripción del accidente y de la actividad escolar que realizaba, causas y circunstancias que lo motivaron:

La actividad que estaba desarrollando, ¿está autorizada u organizada por el centro docente? SÍ NO

TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre y apellidos	Domicilio	Teléfono
Nombre y apellidos	Domicilio	Teléfono

MÉDICO QUE EFECTÚA LA PRIMERA CURA Y/O CENTRO SANITARIO AL QUE HA SIDO TRASLADADO

Nombre y apellidos del facultativo	Domicilio de la consulta	Teléfono
Denominación del centro	Domicilio del centro	Teléfono

_____ a _____ de _____ de 20____

Firma y sello,

Firmado:

6.- DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, INCLUIDO EL SOLICITANTE
(para la prestación de infortunio familiar)

Parentesco con el solicitante	Nombre y apellidos	DNI-NIE-pasaporte	Ingresos
TOTAL			

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-pasaporte:
---------------------	--------------------

7.- A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE

Parentesco con el estudiante fallecido	Nombre y apellidos	DNI-NIE-pasaporte

8.- HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA EN OTRA PROVINCIA

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Provincia	Periodo reconocido
-----------------------------	-----------------------------	-----------	--------------------

9.- ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO (a cumplimentar siempre que se trate de prestaciones económicas o prestaciones sanitarias facilitadas por centros NO autorizados)

PAGO EN ESPAÑA (Banco o Caja de Ahorro)					
BIC:		<input type="checkbox"/> EN VENTANILLA		<input type="checkbox"/> EN EN CUENTA/LIBRETA	
IBAN: (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	D. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA
TITULAR DE LA CUENTA: Nombre y apellidos					

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que no percibo ninguna prestación de análogo riesgo a la que solicito, derivada de algún régimen de la Seguridad Social.

AUTORIZO la consulta de los datos de identificación personal así como la consulta de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación de Seguro Escolar, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

, a de de 20

Firma del solicitante

20130225

6-022 cas (SE-1)

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos originales aportados o exhibidos por el solicitante.	
Nombre del funcionario	Firma
Fecha	Lugar

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA

Los datos personales y del historial clínico aportados serán custodiados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con las suficientes garantías de confidencialidad según la Ley de Protección de Datos de carácter personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre, BOE del día 14). En cualquier momento, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados ante el organismo competente (art. 5 de la Ley 15/1999).

NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD

Si va a enviar por correo esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello, a excepción de los documentos indicados en el punto 1 y el DNI del progenitor/tutor del punto 2, de los que se deberán facilitar todos los datos contenidos en dichos documentos.