

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SEGURO ESCOLAR

En todo momento puede usted solicitar asesoramiento y apoyo de nuestro personal de atención al público.

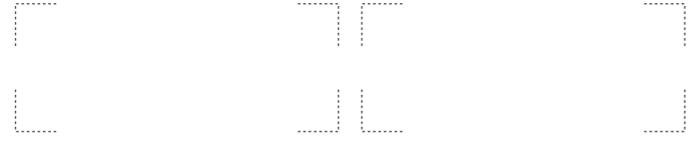
1. **PRESTACIÓN SOLICITADA.**- Cruce con un aspa (X) la/s casilla/s correspondiente/s. (La prestación debe ser solicitada por el estudiante y si es menor de edad por el progenitor o tutor)
- 2 y 3. **DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE.**- Cumplimentar para todas las prestaciones, rellenando todos los apartados. En la casilla del núm. de afiliación a la Seguridad Social deberán consignar el mismo, indicando con un aspa si es en condición de titular o beneficiario.
4. **SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PROGENITOR/TUTOR DEL ESTUDIANTE**
Consigne todos los datos en los supuestos en que el estudiante sea menor de edad y cruce con un aspa (X) si es progenitor o tutor.
5. **PARTE DE ACCIDENTE.**- A cumplimentar por el centro docente.
6. **DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.**- Consigne todos los datos para la prestación de infortunio familiar.
7. **A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE.** Consigne todos los datos.
8. **HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA EN OTRA PROVINCIA.** Consigne todos los datos.
9. **DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE QUE SE TRATE DE PRESTACIONES ECÓNOMICAS O PRESTACIONES SANITARIAS FACILITADAS POR CENTROS NO AUTORIZADOS).**- Cruce con un aspa la casilla de la modalidad de cobro por la que desea que se le abone su prestación una vez reconocida.

www.seg-social.es



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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prórrogas</td> </tr> </table> | } | <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: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/> Internamiento completo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hospitalización día (internamiento)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambulatorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prórrogas</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial, etc. <input type="checkbox"/> Cirugía maxilo-facial | } | <input type="checkbox"/> Internamiento completo | <input type="checkbox"/> Hospitalización día (internamiento) | <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Prórrogas |
| } | | <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Prórrogas | | | | | | | | | |
| } | <input type="checkbox"/> Internamiento completo | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hospitalización día (internamiento) | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Ambulatorio | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Prórrogas | | | | | | | | | |

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 afiliación a 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 o 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 | |
| Domicilio: (calle o plaza) | | | Número | Bloque | Escalera |
| | | | Piso | Puerta | |
| Código postal | Localidad | | Provincia | | Nacionalidad |

Apellidos y nombre:

Núm. 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:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

③

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
 SÍ 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) | | <input type="checkbox"/> EN VENTANILLA | | <input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA | |
|--|-------------|--|------------------|--|-----|
| BIC: | | | | | |
| IBAN: (antigua cuenta corriente) | CÓDIGO PAÍS | ENTIDAD | OFICINA/SUCURSAL | NÚMERO DE CUENTA | |
| | | | | D. CONTROL | CCC |
| | | | | | |
| 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 verificación y cotejo de mis datos de identificación personal (DNI, domicilio, etc.) y puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el 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

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.

Firma

Nombre del funcionario

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.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE

PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN

(Originales acompañados de copia para su compulsua o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

1. EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del estudiante.
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI) o Libro de Familia.
 - Extranjeros: Documento acreditativo de identidad.

a) **Estudiantes no universitarios:** Certificado del centro de estudios donde se especifique el curso y especialidad que realiza así como el abono de cuotas del Seguro Escolar.

b) **Estudiantes universitarios:** Resguardo del impreso de la matrícula en el que conste la facultad, el curso, las asignaturas y el pago de la cuota del Seguro Escolar.

La documentación señalada en este apartado, deberá incluir certificado de un curso anterior al de la solicitud, a efectos de justificar la carencia de un año, excepto accidente escolar, prestación de infortunio familiar y toxicología (quedan exentos de este requisito los estudiantes que durante el año académico anterior hayan realizado el último curso de los estudios no incluidos en el Seguro Escolar).

2. CUANDO EL TITULAR DE LA CUENTA EN LA QUE SE SOLICITA EL PAGO SEA DEL PROGENITOR O TUTOR DEL ESTUDIANTE

- DNI del progenitor/tutor.
- Libro de familia o resolución judicial por la que se constituya la tutela o justificante de haber iniciado los trámites ante la entidad Pública u Órgano Judicial.

PRESTACIONES SANITARIAS

3. Derivadas de accidente escolar:

- a) Parte de accidente escolar, que se cumplimentará en el punto 5 de la solicitud.
- b) Certificado médico de baja.

4. **Cirugía, toxicología, neuropsiquiatría y tuberculosis pulmonar y ósea:** Certificado médico oficial en el que conste: facultativo que vaya a prestar la asistencia médica con referencia del núm. de colegiado, domicilio del centro o consulta, especialidad, fecha y centro hospitalario del ingreso en su caso, diagnóstico, tratamiento prescrito y tiempo aproximado necesario para su curación. Este certificado podrá sustituirse por el informe de urgencia médica, cuando proceda. Para neuropsiquiatría, el psiquiatra debe señalar diagnóstico según las clasificaciones internacionales DSM-III-R o CIE/10, la descripción breve del estado actual del paciente, el tratamiento farmacológico y terapia psicológica indicada y si esta última va a ser realizada por un psicólogo o por el propio psiquiatra.

5. **Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, radiumterapia y riñón artificial:** Además de lo indicado en el punto anterior, un historial médico que motive la solicitud, indicando número de sesiones, tipo de éstas y el presupuesto total del tratamiento.

La solicitud de todas las prestaciones recogidas en los puntos 3, 4 y 5 de este apartado será previa a la asistencia médica para el reconocimiento del derecho. Solamente en los casos de extrema urgencia, acreditada por el facultativo, podrá presentarse en el plazo de cinco años.

6. Prestaciones sanitarias de neuropsiquiatría y accidente en centros no concertados:

Presentación de las facturas justificativas de los gastos, con referencia al nº de factura, nombre y apellidos o razón social, NIF, CIF y en su caso nº de colegiado del expedidor, nombre y apellidos, DNI del destinatario. Las facturas contendrán la descripción del acto médico y su valoración económica, debiendo figurar el detalle de los conceptos, relación y precio de cada acto médico, así como día y horario en el que se presta, lugar y fecha de emisión.

Acreditación de la persona que ha hecho efectivo el pago de la factura.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

7. **Indemnizaciones por infortunio familiar.-** Libro de familia y título de familia numerosa cuando se ostente esta condición. Fallecimiento del cabeza de familia.- Certificado de defunción.

Ruina o quiebra.- Documentos que acrediten claramente el hecho causante de la ruina o quiebra así como la fecha en que sucedió.

Prórroga de la prestación de infortunio familiar.- Documento acreditativo de las materias cursadas durante el año académico anterior, con el fin de comprobar el aprovechamiento del curso.

8. **Indemnizaciones por incapacidades derivadas de accidente escolar:** Parte de accidente escolar. Certificado médico que especifique el proceso evolutivo e indique las secuelas definitivas, así como la disminución de la capacidad del accidentado, en orden a los estudios que realizaba.

9. Indemnizaciones por gastos de sepelio derivados de accidente sea o no escolar y enfermedad:

- a) Parte de accidente (sólo si es accidente escolar).
- b) En caso de fallecimiento por enfermedad, informe médico en el que se haga constar que el afiliado víctima de enfermedad ha fallecido a consecuencia de la misma en los dos años siguientes a la fecha en que la contrajo y que la imposibilidad de continuar los estudios ha durado hasta su muerte.
- c) Certificado de defunción tanto para accidente como enfermedad.