



SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 o en www.seg-social.es

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"/> (Internamiento) hospitalización de día <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 | 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 (sólo en gastos de sepelio) CÓNYUGE
 GUARDADOR CURADOR O FAMILIAR

| | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------|---------------------|--|--|--------|----------|------|--------|------------------|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | | | | |
| DNI - NIE | | Fecha de nacimiento | | Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | | | | | |
| Domicilio: (calle, plaza ...) | | | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Núm. de teléfono |
| Código postal | Localidad | Provincia | | Nacionalidad | | | | | |

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

(4)

12.- 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: | | | | | |
| Código IBAN (antigua cuenta corriente) | CÓDIGO PAÍS | CCC | | | |
| | | ENTIDAD | OFICINA/ SUCURSAL | DÍG. CONTROL | NÚMERO DE CUENTA |
| | | | | | |
| TITULAR DE LA CUENTA: | | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> | | SOLICITANTE <input type="checkbox"/> | |
| Primero apellido | | Segundo apellido | | Nombre | |
| | | | | DNI-NIE | |
| Núm. de teléfono | Domicilio: (calle, plaza ...) | | | Número | Bloque |
| | | | | Escalera | Piso |
| | | | | | Puerta |
| Código postal | Localidad | | Provincia | | |

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 Identidad y Residencia, manifestando, igualmente mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de salud y de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros colaboradores del Seguro Escolar, 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