



GOBERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPREGO
E SEGURIDADE SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DA SEGURIDADE SOCIAL



INSTITUTO NACIONAL DA
SEGURIDADE SOCIAL

Encha este impreso da forma máis exacta posible porque así facilitará o trámite da súa prestación.

Antes de empezar a escribir, lea detidamente todos os apartados, así como las instrucións para cubrilo.

MODELO
SE-1

SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (sinálese cunha cruz X)

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS	PRESTACIÓNS SANITARIAS
<input type="checkbox"/> Incapacidades derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Gastos de sepelio derivados de accidente sexa ou non escolar e enfermidade <input type="checkbox"/> Infortunio familiar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falecemento do cabeza de familia <input type="checkbox"/> Ruína ou quebra económica <input type="checkbox"/> Prórrogas 	<input type="checkbox"/> Derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Cirurxía <input type="checkbox"/> Tuberculose pulmonar e ósea <input type="checkbox"/> Tocoloxía <input type="checkbox"/> Neuropsiquiatría: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Hospitalización día (internamento) <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital de día (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Prórrogas <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, ril artificial, etc. <input type="checkbox"/> Cirurxía maxilo-facial

6-022 (gall)

2011

2.- DATOS PERSOAIS DO ESTUDANTE

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome				
DNI - NIE - Pasaporte		Sexo <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller		Nome do pai		Nome da nai		
Data de nacemento	Nº afiliación á Seguridade Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario			¿Traballa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NON		Núm. de teléfono		
Enderezo: (rúa ou praza)				Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade		Provincia		Nacionalidade			

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carreira ou especialidade		Curso
Centro docente		Localidade

Apelidos e nome:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

2

4.- PARTE DE ACCIDENTE ESCOLAR (cuberto polo centro de estudos)

D/D.ª: , con DNI: , que ten o cargo de: no centro: , situado na r/ de , informa do accidente escolar sufrido polo estudante deste centro, D/D.ª:

DATOS DO ACCIDENTE

Data	Hora	Lugar	<input type="checkbox"/> No centro docente	<input type="checkbox"/> En lugar distinto (índiquese):
			<input type="checkbox"/> Ao ir ou voltar ao centro	

Descrición do accidente e da actividade escolar que realizaba, causas e circunstancias que o motivaron:

A actividade que estaba a desenvolver, está autorizada ou organizada polo centro docente? SÍ NON

TESTEMUÑAS DO ACCIDENTE

Nome e apelidos	Enderezo	Teléfono
Nome e apelidos	Enderezo	Teléfono

MÉDICO QUE EFECTÚA A PRIMEIRA CURA E/OU CENTRO SANITARIO AO QUE FOI TRASLADADO

Nome e apelidos do facultativo	Enderezo da consulta	Teléfono
Denominación do centro	Enderezo do centro	Teléfono

..... , a de de 20

Sinatura e selo,

Asinado:

5.- DATOS DE TODOS OS MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR, INCLUIDO O SOLICITANTE
(para a prestación de infortunio familiar)

Parentesco co solicitante	Nome e apelidos	DNI-NIE-pasaporte	Ingresos
TOTAL			

Apelidos e nome:

Núm. DNI-NIE-pasaporte:

3

6.- A CUBRIR EN CASO DE FALECIMENTO DO ESTUDANTE

Parentesco co estudante falecido	Nome e apelidos	DNI-NIE-pasaporte

7.- ELECCIÓN DE MODALIDADE DE COBRAMENTO (A CUBRIR SEMPRE)

PAGAMENTO EN ESPAÑA (Banco ou Caixa de Aforro)

EN PORTELO

EN CONTA/LIBRETA

BIC:

IBAN: (antiga conta corrente)

CÓDIGO PAÍS	ENTIDADE	OFICINA/ SUCURSAL	NÚMERO DE CONTA	
			D. CONTROL	CCC

DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude. Manifesto, tamén, que non percibo ningunha prestación de análogo risco á que solicito, derivada dalgún réxime da Seguridade Social.

AUTORIZO a verificación e cotexo dos meus datos de identificación persoal (DNI, enderezo, etc.) e que poidan ser consultados, con garantía de confidencialidade, no acceso informatizado aos devanditos datos.

SOLICITO, mediante a sinatura do presente impreso, que se dea curso ao meu pedimento de prestación de seguro escolar, e que se adopten todas as medidas necesarias para a súa mellor resolución.

..... a de de 20

Sinatura do solicitante

Expídese a presente dilixencia de verificación para facer constar que os datos reflectidos neste formulario coinciden fielmente cos que aparecen nos documentos orixinais achegados ou exhibidos polo solicitante.

Sinatura

Nome do funcionario

Data Lugar

O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMAO

Os datos persoais e do historial clínico achegados serán custodiados polo Instituto Nacional da Seguridade Social, coas suficientes garantías de confidencialidade segundo a Lei de protección de datos de carácter persoal (Lei 15/1999 de 13 de decembro, BOE do día 14). En calquera momento, pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición sobre os datos incorporados ante o organismo competente (art. 5 da Lei 15/1999).

NON ESQUEZA PEDIR O RESGARDO ACREDITATIVO DE PRESENTAR ESTA SOLICITUDE

Se vai enviar por correo esta solicitude, pode achegar a documentación solicitada mediante unha fotocopia debidamente compulsada polo funcionario público autorizado para iso, a excepción dos documentos indicados nos puntos 1 e 2, dos que deberán facilitar todos os datos contidos nos devanditos documentos.

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DE SEGURO ESCOLAR

En todo momento pode vostede solicitar o asesoramento e o apoio de noso persoal de atención ao público.

1. **PRESTACIÓN SOLICITADA.**- Cruzamento cun aspa (X) a/s casa/s correspondente/s.
- 2 e 3. **DATOS PERSOAIS E ACADÉMICOS DO ESTUDANTE.**- Cubrir para todas as prestacións, enchendotodos os apartados. Na casa do núm. de afiliación á Seguridade Social deberán consignar o mesmo eindicar cunha aspa se é en condición de titular ou beneficiario.
4. **PARTE DE ACCIDENTE.**- A cubrir polo Centro docente.
- 5 e 6. **DATOS DOS FAMILIARES QUE CONVIVEN CO SOLICITANTE.**- Consigne todos os datos.
7. **DATOS PARA O COBRAMENTO DA PRESTACIÓN.**- Cruce cunha aspa a casa da modalidade de cobramento pola que desexa que se lle aboe a súa prestación unha vez recoñecida. Se elixe facelo por unha entidade financeira, cubra os datos que figuran no correspondente apartado.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA O TRÁMITE DA PRESTACIÓN

EXHIBIÇÃO DOS DOCUMENTOS SEGUINTE EN ORIXINAL E EN VIGOR:

1. Documento nacional de identidade ou libro de familia.
2. Para os estranxeiros, documento acreditativo de identidade.

PRESENTACIÓN DOS DOCUMENTOS SEGUINTE OU FOTOCOPIA COMPULSADA OU COPIA PARA PROCEDER A SÚA COMPULSA

3. **Para os estudantes non universitarios:** Certificado do centro de estudos onde se especifique o curso e especialidade que realiza así como o aboamento de cuotas do seguro escolar.
Para os estudantes universitarios: Resgado do impreso da matrícula no que conste a facultade, o curso, as materias e o pagamento da cuota do seguro escolar.
4. A documentación sinala no punto 3 referida ao curso anterior ao da solicitude, para os efectos de xustificar a carencia de un ano, agás accidente escolar, prestación de infortunio familiar e tocoloxía (fican exentos deste requisito os estudantes que durante o ano académico anterior realizaran o último curso dos estudos non incluídos no seguro escolar).

a) *Prestacións sanitarias*

1. **Derivadas de accidente escolar:**

- a) Parte de accidente escolar, que se cubrirá no punto 4 da solicitude.
- b) Certificado médico de baixa.

2. **Cirurxía, tocoloxía, neuropsiquiatría e tuberculose pulmonar e ósea:** Certificado médico oficial no que conste: facultativo que vaia prestar a asistencia médica con referencia do núm. de colexiado, enderezo do centro ou consulta, especialidade, data e centro hospitalario do ingreso no seu caso, diagnóstico, tratamento prescrito e tempo aproximado necesario para a súa curación. Este certificado poderá substituírse polo informe de urxencia médica, cando proceder. Para neuropsiquiatría, o psiquiatra debe sinalar o diagnóstico segundo as clasificacións internacionais DSM-III-R ou CIE/10, a descripción breve do estado actual do paciente, o tratamento farmacolóxico e terapia psicolóxica indicada e se esta última vai ser realizada por un psicólogo ou polo propio psiquiatra.

3. **Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, radiumterapia e rilartificial:** Ademais do indicado no punto anterior, un historial médico que motive a solicitude, e que indique o número de sesións, tipo destas e o orzamento total do tratamento.

A solicitude de todas as prestacións recollidas nos puntos 2 e 3 deste apartado será previa á asistencia médica para o recoñecemento do dereito. Soamente nos casos de extrema urxencia, acreditada polo facultativo, poderá presentarse no prazo de cinco anos.

b) *Prestacións económicas*

1. **Indemnizacións por infortunio familiar.**- Libro de familia e título de familia numerosa cando se teña esta condición.

Falecemento do cabeza de familia.- Certificado de defunción.

Ruína ou quebra.- Documentos que acrediten claramente o feito causante da ruína ou quebra así como a data en que aconteceu.

Prórroga da prestación de infortunio familiar.- Documento acreditativo das materias cursadas durante o ano académico anterior, co fin de comprobar o aproveitamento do curso.

2. **Indemnizacións por incapacidades derivadas de accidente escolar:** Parte de accidente escolar. Certificado médico que especifique o proceso evolutivo e indique as secuelas definitivas, así como a diminución da capacidade do accidentado, en relación cos estudos que realizaba.

3. **Indemnizacións por gastos de sepelio derivados de accidente sexa ou non escolar e enfermidade:**

- a) Parte de accidente (só se é accidente escolar).
- b) En caso de falecemento por enfermidade, informe médico no que se faga constar que o afiliado vítima de enfermidade faleceu a consecuencia desta nos dous anos seguintes á data en que a contraeu e que a imposibilidade de continuar os estudos durou ata a súa morte.
- c) Certificado de defunción tanto para accidente como enfermidade.