



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

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

Escriviu amb claredat i amb lletres majúscules per tal d'evitar errors d'interpretació.

MODEL  
**SE1**

## SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ DE L'ASSEGURANÇA ESCOLAR

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

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"> <li><input type="checkbox"/> Defunció del cap de família</li> <li><input type="checkbox"/> Ruïna o fallida econòmica</li> <li><input type="checkbox"/> Pròrrogues</li> </ul>	<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"> <li><input type="checkbox"/> Internament</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitalització dia (internament)</li> <li><input type="checkbox"/> Ambulatori</li> <li><input type="checkbox"/> Hospital dia (ambulatori)</li> <li><input type="checkbox"/> Pròrrogues</li> </ul> <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 Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/>	Nom del pare		Nom de la mare
Data naixement	Núm. d'afiliació a 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 o plaça)				Número	Bloc
				Escala	Pis
				Porta	
Codi postal	Localitat		Província		Nacionalitat

### 3. DADES ACADÈMIQUES

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

**4. COMUNICAT D'ACCIDENT ESCOLAR** (empenat pel centre d'estudis)

En/Na: \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_, que té el càrrec de \_\_\_\_\_ del centre \_\_\_\_\_, situat al carrer \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, informa de l'accident escolar patit per l'estudiant d'aquest centre En/Na \_\_\_\_\_

**DADES DE L'ACCIDENT**

Data	Hora	Lloc: <input type="checkbox"/> En el centre docent <input type="checkbox"/> En lloc diferent (indiqueu-lo): _____ <input type="checkbox"/> En anar o tornar del centre _____
Descripció de l'accident i de l'activitat escolar que realitzava, causes i circumstàncies que el van motivar: _____		
L'activitat que estava fent està autoritzada o organitzada pel centre docent? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

**TESTIMONIS DE L'ACCIDENT**

Nom i cognoms	Domicili	Telèfon
Nom i cognoms	Domicili	Telèfon

**METGE QUE FA LA PRIMERA CURA O CENTRE SANITARI ON HA ESTAT TRASLLADAT**

Nom i cognoms del facultatiu	Domicili de la consulta	Telèfon
Denominació del centre	Domicili del centre	Telèfon

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
Firma i segell

Firmat: \_\_\_\_\_

**5. DADES DE TOTS ELS MEMBRES DE LA UNITAT FAMILIAR, INCLÒS EL SOL·LICITANT** (per a la prestació d'infortuni familiar)

Parentiu amb el sol·licitant	Nom i cognoms	DNI-NIE-passaport	Ingressos
TOTAL:			

## 6. PER EMPLENAR EN CAS DE DEFUNCIÓ DE L'ESTUDIANT

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

## 7. ELECCIÓ DE FORMA DE COBRAMENT

ENTITAT FINANCERA		Núm. AGÈNCIA o SUCURSAL	DOMICILI			Núm.
CODI	NOM DE L'ENTITAT					
CODI POSTAL	LOCALITAT	PROVÍNCIA		PAÍS		
<input type="checkbox"/> A FINESTRETA	<input type="checkbox"/> Restringida	Número codi compte client (CCC)				
<input type="checkbox"/> EN COMPTE/LLIBRETA	<input type="checkbox"/> Ordinària	ENTITAT	OFICINA/SUCURSAL	DÍGIT CONTROL	NÚMERO DE COMPTE	

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, tot manifestant, igualment, que no cobro cap prestació de risc anàleg a la que ara sol·licito, derivada d'algun règim de la Seguretat Social (art. 2n del Reial decret 1633/1985, de 28 d'agost), i

AUTORITZO la verificació i acarament de les meves dades d'identificació personal (DNI, adreça, etc.) perquè puguin ser consultades, amb garantia de confidencialitat, en el cas d'accedir-hi informàticament.

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

....., ..... d ..... de 20 .....

Firma del 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.

Firma

Nom del funcionari .....

Data ..... Lloc .....

### L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL US INFORMA QUE

- Aquesta sol·licitud serà tractada amb mitjans informàtics.
- Les dades personals que aporteu seran custodiades per la Direcció General de l'Institut Nacional de la Seguretat Social.
- La inclusió de dades falses i l'obtenció fraudulenta de prestacions poden constituir delictes.

**RECORDEU-VOS DE DEMANAR EL RESGUARD ACREDITATIU D'Haver presentat aquesta sol·licitud**

Si envieu aquesta sol·licitud per correu, heu d'aportar la documentació sol·licitada mitjançant fotocòpies compulsades per un funcionari públic autoritzat (notari, secretari d'ajuntament, secretari judicial, etc.), a excepció dels documents indicats en els punts 1 i 2, dels quals s'han de facilitar totes les dades que contenen.

## 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.
- 2 i 3. DADES PERSONALS I ACADÈMIQUES DE L'ESTUDIANT.- Empleneu els dos apartats per a totes les prestacions. 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. COMUNICAT D'ACCIDENT.- Aquest apartat l'emplenarà el centre docent.
- 5 i 6. DADES DELS FAMILIARS QUE CONVIUEN AMB EL SOL-LICITANT.- Consigneu totes les dades.
7. DADES PER AL COBRAMENT DE LA PRESTACIÓ.- Senyaleu amb una X la casella de la forma de cobrament que escolliu per cobrar la vostra prestació un cop reconeguda. Si voleu fer-ho per entitat financera, empleneu les dades que figuren a l'apartat corresponent.

## DOCUMENTS NECESSARIS PER TRAMITAR LA PRESTACIÓ

### EXHIBICIÓ DELS DOCUMENTS SEGÜENTS, ORIGINALS I VIGENTS:

1. Document nacional d'identitat o Llibre de família.
2. Per als estrangers, document acreditatiu d'identitat.

### PRESENTACIÓ DELS DOCUMENTS SEGÜENTS O FOTOCÒPIA COMPULSADA O CÒPIA PER FER-NE LA COMPULSA

3. **Per als 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.  
**Per als 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.
4. La documentació senyalada en el punt 3 referida al curs anterior al de la sol·licitud, per tal 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 en l'assegurança escolar*).

#### a) Prestacions sanitàries

##### 1. Derivades d'accident escolar:

- a) Comunicat d'accident escolar, que s'emplenarà en el punt 4 de la sol·licitud.
- b) Certificat mèdic de baixa.

**2. Cirurgia, tocologia, neuropsiquiatria i tuberculosi pulmonar i òssia:** Certificat mèdic oficial en què consti: facultatiu que hagi de donar l'assistència mèdica amb referència del núm. de col·legiat, domicili del centre o consulta, especialitat, data i centre hospitalari de l'ingrés si s'escau, diagnòstic, tractament prescrit i temps aproximat necessari per al seu guariment. Aquest certificat podrà substituir-se per l'informe d'urgència mèdica, quan procedeixi. Per a neuropsiquiatria, el psiquiatre 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 serà realitzada per un psicòleg o pel mateix psiquiatre.

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

La sol·licitud de totes les prestacions recollides en els punts 2 i 3 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 podrà presentar en el termini de 5 anys.

#### b) Prestacions econòmiques

**1. 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 especifiquin 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.

**2. 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.

**3. 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.