



# SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<http://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. También puede presentar un ejemplar firmado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social previa solicitud de cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en [www.seg-social.es](http://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 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia  <input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica  <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;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <input type="checkbox"/> Internamiento completo  <input type="checkbox"/> (Internamiento) hospitalización de día  <input type="checkbox"/> Ambulatorio  <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"/> (Internamiento) hospitalización de día <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"/> (Internamiento) hospitalización de día <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Prórrogas				

## 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			
Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera
Código postal	Localidad	Provincia		Piso	Puerta
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			

## 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
Código postal	Localidad	Provincia		Piso	Puerta
				Núm. de teléfono	
				Nacionalidad	

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

②

**5.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA**

NIF	Denominación							
Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad		Provincia					

**6.- DOMICILIO DE COMUNICACIONES**ESTUDIANTE SOLICITANTE 

Domicilio: (calle, plaza ...)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidad		Provincia					
Si desea recibir información por correo electrónico, indíquelo .....				Si desea recibir información por un SMS, indique su móvil .....				
LENGUA COOFICIAL en la que desea recibir su correspondencia: .....								

**7.- 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? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
<b>TESTIGOS DEL ACCIDENTE</b>				
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
Nombre y apellidos		Domicilio		Teléfono
<b>MÉDICO QUE EFECTÚA LA PRIMERA CURA Y/O CENTRO SANITARIO AL QUE HA SIDO TRASLADADO</b>				
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: .....



Apellidos y nombre:

DNI-NIE

④

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

**DECLARO** que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

- SÍ doy mi consentimiento**  
 **NO doy mi consentimiento**

**NOTA IMPORTANTE:** En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

- SÍ doy mi consentimiento**  
 **NO doy mi consentimiento**

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

<b>RESPONSABLE</b>	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
<b>FINALIDAD</b>	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del INSS
<b>LEGITIMACIÓN</b>	Ejercicio de poderes públicos
<b>DESTINATARIOS</b>	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
<b>DERECHOS</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
<b>PROCEDENCIA</b>	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES"

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma del solicitante



**A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

Registro INSS

Clave de identificación de su expediente:

Funcionario de contacto:

Apellidos y nombre:

DNI - NIE



**SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR**

**DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:**

- 1  DNI  DOCUMENTO ACREDITATIVO DE IDENTIDAD
  - Estudiante
  - Progenitor
- 2  Libro de Familia
- 3  Título Familia Numerosa
- 4  Certificado del Centro de Estudios
- 5  Resguardo impreso de la matrícula
- 6  Justificante abono cuota seguro escolar
- 7  Justificante abono de la cuota curso anterior
- 8  Parte accidente escolar
- 9  Certificado médico incapacidad
- 10  Informe médico fallecimiento a causa de enfermedad
- 11  Certificado de defunción
- 12  Justificante familiares a cargo
- 13  Justificante de ruina o quiebra
- 14  Estructura o plan de carrera
- 15  Justificante aprovechamiento académico
- 16  Solicitud de continuación de neuropsiquiatría
- 17  Certificado médico baja
- 18  Certificado médico de alta
- 19  Certificado médico asistencia sanitaria
- 20  Informe de urgencia médica
- 21  Historial médico
- 22  Facturas
- 23  Documento acreditativo de ingresos
- 24  Informe justificativo del médico psiquiatra que acredite no haber podido matricularse
- 25  Para todas las prestaciones excepto para prestaciones derivadas de accidente escolar, infortunio por fallecimiento de cabeza de familia y tocología:
  - 1º curso incluido SE: Certificado del colegio que acredite curso anterior.
  - Resto de los casos: Justificante de abono de la cuota del curso anterior.
- 26  Otros documentos

**Ciudadanos de la U.E /E.E.E o Suiza :**

- 27  Certificado de registro de ciudadano de la Unión o
- 28  Certificado del derecho a residir con carácter permanente o
- 29  Documento de Identidad en vigor

**Miembros de la familia de un ciudadano de la U.E/E.E.E o Suiza que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados:**

- 30  Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión o
- 31  Resguardo acreditativo de la presentación de la solicitud de la tarjeta

**No nacionales de la U.E. /E.E.E. o Suiza que residan en territorio nacional**

- 32  Tarjeta de identidad de extranjeros (TIE)
- 33  Autorización residencia temporal
- 34  Autorización residencia permanente

**En supuestos de tutela:**

- 35  DNI tutor
- 36  Resolución judicial por la que se constituye la tutela
- 37  Documento de toma de posesión del tutor o
- 38  Aceptación del cargo de tutor

**En supuestos de guarda de hecho:**

- 39  Resolución administrativa de constitución de la guarda o
- 40  Acta de notoriedad tramitada ante notario o
- 41  Declaración del juez de la existencia de la guarda o
- 42  Declaración del guardador

**En supuestos de curatela:**

- 43  Resolución judicial mediante la que se constituye la curatela y
- 44  Documento de toma de posesión del curador o
- 45  Aceptación del cargo de curador

**En supuestos de persona jurídica:**

- 46  (NIF) de la entidad solicitante
- 47  Poder notarial o nombramiento por el que se otorga la representación legal

**Uno de estos documentos**

- 48  Documento acreditativo de la entidad pública que tenga encomendada la protección del menor o
- 49  Apoderamiento en los casos de menores en acogida.

Recibí

Firma

# 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/GUARDADOR/CURADOR 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, tutor, guardador, curador y en los supuestos de gastos de sepelio cónyuge o familiar.
5. **SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO PERSONA JURÍDICA.**- Consigne todos los datos.
6. **DOMICILIO DE COMUNICACIONES:** Indique el domicilio a dónde tienen que ir las comunicaciones.
7. **PARTE DE ACCIDENTE.**- A cumplimentar por el centro docente.
8. **DATOS DE LOS FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE.**- Consigne todos los datos para la prestación de infortunio familiar.
9. **A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE.** Consigne todos los datos.
10. **HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA EN OTRA PROVINCIA.** Consigne todos los datos.
11. **ALEGACIONES.**- Si quiere añadir algo que considere importante para tramitar su prestación y no lo vea recogido en el formulario, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.
12. **DATOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN (A CUMPLIMENTAR SIEMPRE QUE SE TRATE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS 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.  
**DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:** Consigne todos los datos.

# PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA PRESTACIÓN(\*)

### EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR

#### 1. EN TODOS LOS CASOS

- **Españoles:** Documento Nacional de Identidad (DNI).
- **Extranjeros:**
  - Ciudadanos de la U.E /E.E.E. o Suiza:
    - Certificado de registro de ciudadano de la Unión o
    - Certificado del derecho a residir con carácter permanente y
    - Con pasaporte o
    - Documento de Identidad en vigor. (arts. 7.1 y 10.1 RD 240/2007, de 16 de febrero).
  - Miembros de la familia de un ciudadano de la U.E/E.E.E o Suiza que no ostenten la nacionalidad de uno de dichos Estados:
    - Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión o
    - Resguardo acreditativo de la presentación de la solicitud de la tarjeta. (arts. 8 y 10.3 RD 240/2007, de 16 de febrero).
  - No nacionales de la U.E./E.E.E. o Suiza que residan en territorio nacional:
    - Tarjeta de identidad de extranjero (TIE) o
    - Autorización residencia temporal o
    - Autorización residencia permanente.

### PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN VIGOR

- a) **Estudiantes no universitarios:** Certificado del centro de estudios donde se especifique el curso que realiza así como el abono de cuotas del Seguro Escolar, salvo que el estudiante, no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- b) **Estudiantes universitarios:** Resguardo del impreso de la matrícula en que conste la facultad, el curso, las asignaturas y el pago de la cuota del Seguro Escolar, resguardo del abono de la matrícula y de las tasas académicas salvo que el estudiante no esté matriculado por continuar en situación de enfermedad (neuropsiquiatría).
- c) **Estudiantes no universitarios y universitarios:** Informe original justificativo por un médico psiquiatra (prestaciones de neuropsiquiatría) que acredite que no ha podido matricularse por continuar en situación de enfermedad.

#### 2. SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO:

##### 2.1 PROGENITOR O TUTOR DEL ESTUDIANTE:

- DNI del progenitor/tutor original.
- Libro de familia.
- Resolución judicial por la que se constituya la tutela y
- Documento de toma de posesión del tutor o
- Aceptación del cargo de tutor.

##### 2.2 PERSONA JURIDICA:

- Número de Identificación Fiscal (NIF), de la entidad solicitante original.
- Poder notarial o nombramiento por el que se otorga la representación legal.

##### **Uno de estos documentos:**

- Documento acreditativo de la entidad pública a la que está encomendada la protección de menores o
- Apoderamiento en los casos de menores en acogida.

##### 2.3 EN SUPUESTOS DE GUARDA DE HECHO:

- Resolución administrativa de constitución de la guarda o
- Acta de notoriedad tramitada ante notario o
- Declaración del juez de la existencia de la guarda o
- Declaración del guardador.

##### 2.4 EN SUPUESTOS DE CURATELA:

- Resolución judicial mediante la que se constituye la curatela y
- Documento de toma de posesión del curador o
- Aceptación del cargo de curador.



# PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

## PRESTACIONES SANITARIAS

### 3. Derivadas de accidente escolar:

- a) Parte de accidente escolar, que se cumplimentará en el punto 7 de la solicitud.
- b) Certificado médico de baja.

**4. Cirugía, tocología, neuropsiquiatría y tuberculosis pulmonar y ósea:** Certificado médico 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/1, la descripción breve del estado actual del paciente, el tratamiento farmacológico y terapia psicológica indicada. Puede ser oportuno que corresponda tanto al psicólogo clínico como a los psiquiatras la prescripción y la aplicación de sesiones de psicoterapia, siempre que el psicólogo clínico esté en posesión del título de **Licenciado/Graduado en Psicología y especialidad en psicología clínica acreditada vía PIR (Psicólogo Interno Residente) regulado por la Orden SAS/1620/2009, del 2 de junio de 2009.**

**5. Fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial y cirugía maxilo-facial:** 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 sus prórrogas y accidente en centros no concertados:** Presentación de las facturas originales 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. Para las prórrogas de la prestación de neuropsiquiatría se debe aportar solicitud de prórroga.

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

**7. Para todas las prestaciones sanitarias de cirugía, neuropsiquiatría, tuberculosis pulmonar ósea y las prestaciones gratificables de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, riñón artificial y cirugía máxilo-facial** se solicitará de forma obligatoria uno de los siguientes documentos excluyentes entre sí: Si se trata del primer curso incluido en el ámbito de estudios del seguro escolar: “certificado del colegio que acredite el curso anterior”. Para el resto de los casos: “justificante de abono de la cuota del curso anterior”.

## PRESTACIONES ECONÓMICAS

**8. 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. Documento acreditativo de ingresos.

**9. 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.

**10. 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.

**11. Para todas las prestaciones económicas, excepto para las prestaciones derivadas de accidente escolar e infortunio por fallecimiento del cabeza de familia:** se solicitará de forma obligatoria uno de los siguientes documentos excluyentes entre sí: Si se trata del primer curso incluido en el ámbito de estudios del seguro escolar: “certificado del colegio que acredite el curso anterior”. Para el resto de los casos: “justificante de abono de la cuota del curso anterior”.

(\*) Si los documentos han sido emitidos por organismos extranjeros, será necesario que cumplan los requisitos de legalización para ser válidos en España

# PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

---

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

De acuerdo con el artículo único del Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE del 8 de abril), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 90 días contados desde la fecha en la que su solicitud ha sido registrada en esta Dirección Provincial o, en su caso, desde que haya aportado los documentos requeridos.

Transcurrido dicho plazo sin haber recibido notificación con la resolución de esta solicitud, podrá entender que su petición ha sido desestimada por aplicación de silencio negativo y solicitar que se dicte resolución, teniendo esa solicitud valor de reclamación previa de acuerdo con lo establecido en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social (BOE del día 11).

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá exhibirlos o presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de diez días contados desde el día siguiente al que recibe la notificación.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Si en la solicitud no se aportan los documentos 1 al 2.4, se entenderá que desiste de su petición de acuerdo con lo previsto en los arts. 66 y 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (BOE de 2-10-2015). Si, por el contrario, los presenta en el tiempo requerido, el plazo máximo para resolver y notificar su prestación se iniciará a partir de la fecha de recepción de esos documentos.
- Resto de documentos 3 a 11, se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para calcular correctamente su prestación. Su expediente se tramitará sin tener en cuenta las circunstancias a las que se refieren por no haber sido probadas, de acuerdo con el art. 77 de la misma Ley 39/2015.

## RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos declarados, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otro tipo de rentas de usted o su cónyuge), familiar (cambio de estado civil, defunciones, etc.) o de su domicilio (de residencia, fiscal) debe usted comunicarlo a la Dirección Provincial o a un Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto.

Si va a enviar por correo postal esta solicitud, puede aportar fotocopia de la documentación solicitada.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

<b>RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO</b>	<p><i>¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?</i></p> <p>Instituto Nacional de la Seguridad Social C/ Padre Damián 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA <a href="https://sede.seg-social.gob.es">https://sede.seg-social.gob.es</a></p>
<b>DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS</b>	<p><i>¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta CP 28004 Madrid, ESPAÑA <a href="https://sede.seg-social.gob.es">https://sede.seg-social.gob.es</a></p>
<b>FINALIDAD DEL TRATAMIENTO</b>	<p><i>¿Para qué utilizaremos sus datos?</i></p> <p>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.</p> <p>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.</p> <p>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.</p>
<b>LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>	<p><i>¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?</i></p> <p>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).</p> <p>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.</p>
<b>DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS</b>	<p><i>¿A quién comunicaremos sus datos?</i></p> <p>Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.</p> <p>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.</p>
<b>DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS</b>	<p><i>¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?</i></p> <p>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.</p> <p>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.</p>
<b>PROCEDENCIA</b>	<p><i>¿Cómo obtenemos sus datos personales?</i></p> <p>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.</p>