



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRATAMIENTO NECESARIO

En aplicación del artículo 25 B) y C) del Reglamento CE 987/09:

Gastos abonados por asistencia sanitaria dispensada a personas aseguradas en España, durante una estancia temporal en un Estado miembro de la Unión Europea, países del Espacio Económico Europeo o Suiza.

DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

Apellidos		Nombre		Fecha de nacimiento		DNI-NIE-Pasaporte			
Nº de la Seguridad Social		Teléfono de contacto		Correo electrónico					
Domicilio habitual: (calle, plaza,..)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Motivo del desplazamiento (vacaciones, motivo de trabajo, etc.)					

DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA (Cumplimentar si es persona distinta de la asegurada)

Apellidos		Nombre		Fecha de nacimiento		DNI-NIE-Pasaporte			
Parentesco con el asegurado		Teléfono de contacto		Correo electrónico					
Domicilio habitual: (calle, plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Motivo del desplazamiento (vacaciones, motivo de trabajo, etc.)					

SOLICITANTE: (Cumplimentar si es persona distinta del asegurado)

<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Beneficiario del asegurado solo en el caso de separación judicial o divorcio									
Apellidos		Nombre		DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono de contacto			
Domicilio habitual: (calle, plaza...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Correo electrónico					

DATOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA

Fecha de comienzo de la asistencia		Fecha de la terminación		Localidad donde fue dispensada	
País		Importe abonado por el solicitante (indique la moneda)			

Documentos **originales** que se acompañan y justifican los gastos realizados:

- Minuta de honorarios médicos
- Recetas valoradas por la farmacia señalando los productos dispensados
- Factura del hospital o clínica
- Facturas de otros servicios o tratamientos
- Justificante acreditativo del pago realizado por el solicitante (extracto bancario, factura sellada ...)

Apellidos y nombre:

DNI - NIE - pasaporte



MOTIVOS POR LOS QUE TUVO QUE ABONAR LOS GASTOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA

--

DATOS BANCARIOS

Código IBAN (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

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

RESPONSABLE	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)
FINALIDAD	Gestión de las prestaciones en aplicación de los Reglamentos Comunitarios
LEGITIMACIÓN	Ejercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
PROCEDENCIA	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	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 del 20

Firma

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRATAMIENTO NECESARIO

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD

1.- Exhibición de los siguientes documentos en original y en vigor por personas aseguradas, asistidas y/o solicitantes.

✓ Españoles: *Documento Nacional de Identidad.*

✓ Extranjeros:

- *Documento de identidad vigente en su país o pasaporte y certificado de inscripción en Registro Central de Extranjeros* para los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza.
- *Documento de identidad vigente en su país o pasaporte y tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea* para los familiares de otros países de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo o Suiza.
- Para las demás personas que no tengan nacionalidad española, *pasaporte y Tarjeta de Identidad de Extranjero* que acredite la titularidad de una autorización para residir en España o, en caso de no tener obligación de obtener dicha Tarjeta, autorización para residir en España en la que conste el correspondiente Número de Identidad de Extranjero (NIE).

2.- Entrega de las facturas originales que acrediten el abono de los gastos sanitarios

3.- Presentación de otros documentos. (Si el solicitante no es el asegurado).

✓ Acreditación de la representación legal.

✓ Sentencia firme o Acuerdo notarial para divorcios de mutuo acuerdo y pensión compensatoria de la separación judicial o divorcio.

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN:

DILIGENCIA: A la vista de los siguientes documentos.

Se expide la presente diligencia de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con lo que aparecen en los documentos aportados o exhibidos por el solicitante.

Firma:

Nombre del Funcionario:

Cargo:

Fecha: *Lugar:*

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<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 https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<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 https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<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>
LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO	<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>
DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS	<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>
DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS	<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>
PROCEDENCIA	<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>