



Registro do INSS

SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en <https://run.gob.es/tramites> ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en <https://run.gob.es/trdcita>

1.- PRESTACIÓN SOLICITADA (sinálese cunha cruz X)

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS	PRESTACIÓNS SANITARIAS
<input type="checkbox"/> Incapacidades derivadas de accidente escolar <input type="checkbox"/> Gastos de enterro 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 completo <input type="checkbox"/> (Internamento) hospitalización de día <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Prórrogas <input type="checkbox"/> Fisioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, ril artificial, etc.

2.- DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome				
DNI - NIE	Sexo <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller	Nome do pai	Nome da nai	Data de nacemento				
Nº da Seguridade Social <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario			Traballa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NON					
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia		Nacionalidade				
Teléfono fixo	Teléfono mobil	Correo electrónico						

3.- DATOS ACADÉMICOS

Carreira ou especialidade	Curso
Centro docente	Localidade

4.- SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO

PROXENITOR <input type="checkbox"/>	TUTOR <input type="checkbox"/>	} CÓNIXUXE <input type="checkbox"/> OU FAMILIAR <input type="checkbox"/>
GARDADOR <input type="checkbox"/>	CURADOR <input type="checkbox"/>	

(só en gastos de enterro)

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome							
DNI - NIE	Data de nacemento	Sexo <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Muller							
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Núm. de teléfono
Código postal	Localidade	Provincia		Nacionalidade					

Apelidos e nome:

DNI-NIE

②

5.- SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO PERSOA XURÍDICA

NIF	Denominación								
Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidade			Provincia					

6.- ENDEREZO DE COMUNICACIÓNSESTUDIANTE SOLICITANTE

Enderezo: (rúa, praza ...)				Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Nº. de Teléfono
Código postal	Localidade			Provincia					
Se desexa recibir información por correo electrónico, indíqueo					Se desexa recibir información por un SMS, indique o seu móbil				
LÍNGUA COOFICIAL na que desexa recibir a súa correspondencia:									

7.- 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 (indíquese):
			<input type="checkbox"/> Ao ir ou volver 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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:

Apellidos e nome:

DNI-NIE

③

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

Parentesco co solicitante	Nome e apelidos	DNI-NIE	Ingresos
TOTAL			

9.- A CUBRIR EN CASO DE FALECEMENTO DO ESTUDANTE

Parentesco co estudante falecido	Nome e apelidos	DNI-NIE

10.- SOLICITOU/PERCIBIU A PRESTACIÓN QUE SOLICITA NOUTRA PROVINCIA

SI
 NON
 Provincia
 Período recoñecido

11.- ALEGACIONES

20240112

SE-1 gal V.19

Apelidos e nome:

DNI-NIE

④

12.- ELECCIÓN DE MODALIDADE DE COBRO (a cubrir sempre que se trate de prestacións económicas ou prestacións sanitarias facilitadas por centros NON autorizados)

PAGAMENTO EN ESPAÑA (Banco ou Caixa de Aforro)

BIC:

Código IBAN (antiga conta corrente)	CÓDIGO PAÍS	CCC			
		ENTIDADE	OFICINA/ SUCURSAL	DÍX. CONTROL	NÚMERO DE CONTA
TITULAR DA CONTA: ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>					
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome			DNI-NIE
Núm. de teléfono	Enderezo: (rúa, praza ...)			Número	Bloque
				Escaleira	Andar
				Porta	
Código postal	Localidade		Provincia		

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopen en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida:

- SI dou o meu consentimento
- NON dou o meu consentimento

NOTA IMPORTANTE: En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlle comunicacións en materia de Seguridade Social:

- SI dou o meu consentimento
- NON dou o meu consentimento

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE	Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)
FINALIDADE	Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS
LEXITIMACIÓN	Exercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimento
DEREITOS	Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional
PROCEDENCIA	Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS"

....., a de del 20

Sinatura do solicitante

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE



Rexistro do INSS

A CUBRIR POLA ADMINISTRACIÓN

Clave de identificación do seu expediente:

Funcionario de contacto:

Apelidos e nome: DNI - NIE

SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS QUE SE LLE REQUIREN NA DATA DE RECEPCIÓN DA SOLICITUDE POLO INSS:

- 1 DNI DOCUMENTO ACREDITATIVO DE IDENTIDADE
 - Estudiante
 - Proxenitor
- 2 Libro de Familia
- 3 Título Familia Numerosa
- 4 Certificado do Centro de Estudos
- 5 Resgardo impreso da matrícula
- 6 Xustificante do aboamento da cota do seguro escolar
- 7 Xustificante do aboamento da cota do curso anterior
- 8 Parte do accidente escolar
- 9 Certificado médico de incapacidade
- 10 Informe médico do falecemento por mor de enfermidade
- 11 Certificado de defunción
- 12 Xustificante de familiares a cargo
- 13 Xustificante de ruína ou quebra
- 14 Estrutura ou plan de carreira
- 15 Xustificante do aproveitamento académico
- 16 Solicitud de continuación de neuropsiquiatría
- 17 Certificado médico de baixa
- 18 Certificado médico de alta
- 19 Certificado médico asistencia sanitaria
- 20 Informe de urxencia médica
- 21 Historial médico
- 22 Facturas
- 23 Documento acreditativo de ingresos
- 24 Informe xustificativo do médico psiquiatra que acredite non poder matricularse
- 25 Para todas as prestacións excepto para as prestacións derivadas de accidente escolar, infortunio por falecemento do cabeza de familia e tocoloxía:
 - 1º curso incluído SE: Certificado do colexio que acredite curso anterior.
 - No resto dos casos: Xustificante de aboamento da cota do curso anterior.
- 26 Outros documentos

Cidadáns da U.E /E.E.E ou Suíza :

- 27 Certificado de rexistro de cidadán da Unión ou
- 28 Certificado do dereito a residir con carácter permanente ou
- 29 Documento de Identidade en vigor

Membros da familia dun cidadán da U.E/E.E.E ou Suíza que non posúan a nacionalidade dun de ditos Estados:

- 30 Tarxeta de residencia de familiar de cidadán da Unión ou
- 31 Resgardo acreditativo da presentación da solicitud da tarxeta

Non nacionais da U.E. /E.E.E. ou Suíza que residan en territorio nacional

- 32 Tarxeta de identidade de estranxeiros (TIE)
- 33 Autorización da residencia temporal
- 34 Autorización da residencia permanente

En supostos de tutela:

- 35 DNI titor
- 36 Resolución xudicial pola que se constitúe a tutela
- 37 Documento de toma de posesión do titor ou
- 38 Aceptación do cargo de titor

En supostos de garda de feito:

- 39 Resolución administrativa de constitución da garda ou
- 40 Acta de notoriedade tramitada perante o notario ou
- 41 Declaración do xuíz da existencia da garda ou
- 42 Declaración do gardador

En supostos de curatela:

- 43 Resolución xudicial mediante a que se constitúe a curatela e
- 44 Documento de toma de posesión do curador ou
- 45 Aceptación do cargo de curador

En supostos de persoa xurídica:

- 46 (NIF) da entidade solicitante
- 47 Poder notarial ou nomeamento polo que se outorga a representación legal

Un destes documentos

- 48 Documento acreditativo da entidade pública que teña encomendada a protección do menor ou
- 49 Apoderamento nos casos de menores en acollida

Recibín

Sinatura

PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

INSTRUCCIÓN PARA CUBRIR A SOLICITUDE DE PRESTACIÓN DE SEGURO ESCOLAR

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

1. **PRESTACIÓN SOLICITADA.-** Cruce cunha aspa (X) a/s casa/s correspondente/s. (A prestación debe ser solicitada polo estudante e se é menor de idade polo proxenitor ou titor)
- 2 e 3. **DATOS PERSOAIS E ACADÉMICOS DO ESTUDANTE.-** Cubrir para todas as prestacións, enchendo todos os apartados. Na casa do núm. de afiliación á Seguridade Social deberán consignar o mesmo, indicando cunha aspa se é en condición de titular ou beneficiario.
4. **SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO PROXENITOR/TITOR/GARDADOR/CURADOR DO ESTUDANTE**

Consigne todos os datos nos supostos en que o estudante sexa menor de idade e cruce cunha aspa (X) se é proxenitor, titor, gardador, curador e nos supostos de gastos de enterro cónxuxe ou familiar.
5. **SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO PERSOA XURÍDICA.-** Consigne todos os datos.
6. **ENDEREZO DE COMUNICACIÓNS:** Indique o ENDEREZO onde teñen que ir as comunicacións.
7. **PARTE DE ACCIDENTE.-** A cubrir polo centro docente.
8. **DATOS DOS FAMILIARES QUE CONVIVEN CO SOLICITANTE.-** Consigne todos os datos para a prestación de infortunio familiar.
9. **A CUBRIR EN CASO DE FALECIMENTO DO ESTUDANTE.-** Consigne todos os datos.
10. **SOLICITOU/PERCIBIU A PRESTACIÓN DE NEUROPSIQUIATRÍA NOUtra PROVINCIA.**
Consigne todos os datos.
- 11.- **ALEGACIÓNS.-** Se quere engadir algo que considere importante para tramitar a súa prestación e non o vexa recollido no formulario, pónalo neste apartado da forma máis breve e concisa posible.
12. **DATOS PARA O COBRO DA PRESTACIÓN (A CUBRIR SEMPRE QUE SE TRATE DE PRESTACIÓNS ECONÓMICAS OU PRESTACIÓNS SANITARIAS FACILITADAS POR CENTROS NON AUTORIZADOS).-** Cruce cunha aspa a casa da modalidade de cobro pola que desexa que se lle aboe a súa prestación unha vez recoñecida.

DATOS DO TITULAR DA CONTA: Consigne todos os datos.

PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA O TRÁMITE DA PRESTACIÓN(*)

EXHIBICIÓN DOS SEGUINTE DOCUMENTOS EN VIGOR

1. EN TODOS OS CASOS

- **Españóis:** Documento Nacional de Identidade (DNI).
- **Estranxeiros:**
 - Cidadáns da U.E /E.E.E. ou Suíza:
 - Certificado de rexistro de cidadán da Unión ou
 - Certificado do dereito a residir con carácter permanente e
 - Con pasaporte ou
 - Documento de Identidade en vigor. (arts. 7.1 e 10.1 RD 240/2007, de 16 de febreiro)
 - Membros da familia dun cidadán da U.E/E.E.E ou Suíza que non posúan a nacionalidade dun dos ditos Estados:
 - Tarxeta de residencia de familiar de cidadán da Unión ou
 - Resgardo acreditativo da presentación da solicitude da tarxeta. (arts. 8 e 10.3 RD 240/2007, de 16 de febreiro).
 - Non nacionais da U.E./E.E.E. ou Suíza que residan en territorio nacional:
 - Tarxeta de identidade de estranxeiro (TIE) ou
 - Autorización da residencia temporal ou
 - Autorización da residencia permanente.

- a) **Estudantes non universitarios:** Certificado do centro de estudos onde se especifique o curso que realiza así como o aboamento das cotas do Seguro Escolar, salvo que o estudante non estea matriculado por continuar en situación de enfermidade (neuropsiquiatría).
- b) **Estudantes universitarios:** Resgardo do impreso da matrícula en que conste a facultade, o curso, as materias e o pagamento da cota do Seguro Escolar, resgardo do aboamento do impreso da matrícula e das taxas académicas salvo que o estudante non estea matriculado por continuar en situación de enfermidade (neuropsiquiatría).
- c) **Estudantes non universitarios e universitarios:** Informe xustificativo por un médico psiquiatra (prestacións de neuropsiquiatría) que acredite que non puido matricularse por continuar en situación de enfermidade.

2. SE SOLICITA A PRESTACIÓN COMO:

2.1 PROXENITOR OU TITOR DO ESTUDANTE:

- DNI do proxenitor/titor.
- Libro de familia.
- Resolución xudicial pola que se constituía a tutela e
- Documento de toma de posesión do titor ou
- Aceptación do cargo de titor.

2.2 PERSOA XURÍDICA:

- Número de Identificación Fiscal (NIF), da entidade solicitante
- Poder notarial ou nomeamento polo que se outorga a representación legal.

Un destes documentos:

- Documento acreditativo da entidade pública á que está encomendada a protección de menores ou
- Apoderamento nos casos de menores en acollida.

2.3 EN SUPOSTOS DE GARDA DE FEITO:

- Resolución administrativa de constitución da garda ou
- Acta de notoriedade tramitada perante notario ou
- Declaración do xuíz da existencia da garda ou
- Declaración do gardador.

2.4 EN SUPOSTOS DE CURATELA:

- Resolución xudicial mediante a que se constituía a curatela e
- Documento de toma de posesión do curador ou
- Aceptación do cargo de curador.



PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

PRESTACIÓNS SANITARIAS

3. Derivadas de accidente escolar:

- a) Parte de accidente escolar, que se cubrirá no punto 7 da solicitude.
- b) Certificado médico de baixa.

4. Cirurxía, tocoloxía, neuropsiquiatría e tuberculose pulmonar e ósea: Certificado médico 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 poderase substituír 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 descrición breve do estado actual do paciente, o tratamento farmacolóxico e a terapia psicolóxica indicada e se esta última vai ser realizada por un psicólogo ou polo propio psiquiatra.

5. Fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, ril artificial: Ademais do indicado no punto anterior, un historial médico que motive a solicitude, indicando número de sesións, tipo destas e o orzamento total do tratamento.

A solicitude de todas as prestacións recollidas nos puntos 3, 4 e 5 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.

6. Prestacións sanitarias de neuropsiquiatría e as súas prórrogas e accidente en centros non concertados: Presentación das facturas orixinais xustificativas dos gastos, con referencia ao nº de factura, nome e apelidos ou razón social, NIF, CIF e no seu caso nº de colexiado do expedidor, nome e apelidos, DNI do destinatario. As facturas conterán a descrición do acto médico e a súa valoración económica, debendo figurar o detalle dos conceptos, relación e prezo de cada acto médico, lugar e data de emisión. Para as prórrogas da prestación de neuropsiquiatría débese aportar este mesmo modelo marcando a cuadrícula de prórrogas dentro do apartado de neuropsiquiatría.

Acreditación da persoa que fixo efectivo o pagamento da factura.

7. Para todas as prestacións sanitarias de cirurxía, neuropsiquiatría, tuberculose pulmonar ósea e as prestacións gratificables de fisioterapia, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, ril artificial, solicitarase de forma obrigatoria un dos seguintes documentos excluíntes entre si: Se se trata do primeiro curso incluído no ámbito de estudos do seguro escolar: “certificado do colexio que acredite o curso anterior“. Para o resto dos casos: “xustificante de aboamento da cota do curso anterior”.

PRESTACIÓNS ECONÓMICAS

8. 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 obxecto de comprobar o aproveitamento do curso. Documento acreditativo de ingresos.

9. 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.

10. Indemnizacións por gastos de enterro derivados de accidente sexa ou non escolar e enfermidade:

- a) Parte de accidente (só se for accidente escolar).
- b) En caso de falecemento por enfermidade, informe médico en que se faga constar que o afiliado vítima da enfermidade faleceu a consecuencia da mesma nos dous anos seguintes á data en que a contraeu e que a imposibilidade de continuar os estudos durou até a súa morte.
- c) Certificado de defunción tanto para accidente como enfermidade.

11. Para todas as prestacións económicas, excepto para as prestacións derivadas de accidente escolar e infortunio por falecemento do cabeza de familia: solicitarase de xeito obrigatoria un dos seguintes documentos excluíntes entre si: Se se trata do primeiro curso incluído no ámbito de estudos do seguro escolar: “certificado do colexio que acredite o curso anterior“. Para o resto dos casos: “xustificante do aboamento da cota do curso anterior”.

(*) Se os documentos foron emitidos por organismos estranxeiros, será necesario que cumpran os requisitos de legalización para seren válidos en España

PRESTACIÓN DO SEGURO ESCOLAR

O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMALLE:

De acordo co artigo único do Real Decreto 286/2003, de 7 de marzo (BOE do 8 de abril), o prazo máximo para resolver e notificar o procedemento iniciado é de 90 días contados desde a data en que a súa solicitude foi rexistrada nesta Dirección Provincial ou, se for o caso, desde que achegue os documentos requiridos.

Transcorrido o devandito prazo sen recibir notificación coa resolución desta solicitude, poderá entender que a súa petición foi desestimada por aplicación de silencio negativo e solicitar que se dite resolución, tendo esa solicitude valor de reclamación previa de acordo co establecido no art. 71 da Lei 36/2011, de 10 de outubro, reguladora da xurisdición social (BOE do día 11).

Se esta solicitude non vai xunto cos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá achegalos en calquera dependencia desta Dirección Provincial, persoalmente ou por correo, no prazo de dez días contados desde o día seguinte ao que recibe a notificación.

O incumprimento do prazo sinalado terá os seguintes efectos:

- Se na solicitude non se achegan os documentos 1 ao 2.4, entenderase que desiste da súa petición consonte o previsto nos arts. 66 e 68 da Lei 39/2015, de 1 de outubro (BOE de 2-10-2015). Se, pola contra, preséntaos no tempo requirido, o prazo máximo para resolver e notificar a súa prestación iniciarase a partir da data de recepción deses documentos.
- Resto de documentos 3 a 11, considerarase que non acreditou suficientemente os requisitos necesarios para calcular correctamente a súa prestación. O seu expediente tramitarase sen ter en conta as circunstancias ás que se refiren por non seren probadas, de acordo co art. 77 da mesma Lei 39/2015.

LEMBRE:

Se varían os datos declarados, tanto no referente á situación económica (ingresos laborais ou outro tipo de rendas de vostede ou o seu cónxuxe), familiar (cambio de estado civil, defuncións, etc.) ou do seu enderezo (de residencia, fiscal) debe vostede comunicalo á Dirección Provincial ou a un Centro de Atención e Información (CAISS) deste Instituto.

Se vai enviar por correo postal este formulario, pode achegar a fotocopia da documentación solicitada.

Se desexa que as notificacións que remite a Seguridade Social se realicen a partir de agora tan só por medios electrónicos, comuníquenolo no servizo de desistencia do canle postal en <http://run.gob.es/sckwao>.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE DO TRATAMENTO	<p><i>Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?</i></p> <p>Instituto Nacional da Seguridade Social Rúa Padre Damián, 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	<p><i>Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?</i></p> <p>Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social Rúa Infanta Mercedes, 31- 3ª Andar CP 28020 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es</p>
FINALIDADE DO TRATAMENTO	<p><i>Para que empregaremos os seus datos?</i></p> <p>Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.</p> <p>O tratamento dos seus datos de contacto terá coma finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social.</p> <p>Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios, así como para outros fins de arquivo e estatística pública.</p>
LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO	<p><i>Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?</i></p> <p>O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS).</p> <p>Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude.</p>
DESTINATARIOS DE CESIÓNS OU TRANSFERENCIAS	<p><i>A quen comunicaremos os seus datos?</i></p> <p>Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os supostos indicados en calquera outra norma de rango legal.</p> <p>Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.</p>
DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS	<p><i>Cales son os seus dereitos cando nos proporciona os seus datos persoais?</i></p> <p>Verbo dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa.</p> <p>Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.</p>
PROCEDENCIA	<p><i>Como obtemos os seus datos persoais?</i></p> <p>Amáis dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recolleemos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.</p>