

SOLICITUD para suscribir un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud

CÓDIGO SIA¹

DESTINO	DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES
CÓDIGO DIR3	A04006334 v2

DATOS DE LA PERSONA CUYA ASISTENCIA SANITARIA QUEDARÁ CUBIERTA POR EL CONVENIO ESPECIAL

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	

REPRESENTANTE O, EN CASO DE MENOR DE EDAD O INCAPACITADO, DATOS DE QUIENES EJERZA LA PATRIA POTESTAD, TUTELA O CURATELA

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Medio de acreditación de la representación ²	REA	Otro medio	

COMUNICACIONES

Destinatario y canal para recibir las comunicaciones									
Destinatario		Solicitante						Representante	
Canal de comunicación		Comunicación y notificación electrónica ³						Correo postal	
Comunicación por correo postal (consigne estos datos solo si elige esta opción)									
Tipo de vía			Nombre de la vía						
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto quilométrico	Polígono	Parcela	Código postal	
Localidad					Municipio ⁴				
Correo electrónico				Teléfono de contacto					
Marque esta casilla si desea que el destinatario reciba las comunicaciones en castellano (art. 15 Decreto 49/2018)									

EXPONGO:

1. Que el Real decreto 576/2013, de 26 de julio, establece los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.
2. Que el solicitante cumple los requisitos para suscribir este tipo de convenio.

SOLICITO:

Subscribir este tipo de convenio, para lo cual adjunto la documentación oportuna y consigno la cuenta corriente donde deseo que se haga la domiciliación del pago.

DATOS BANCARIOS

Entidad bancaria																					
IBAN	País		Código		Entidad				Sucursal			DC		Núm. cuenta							
	E	S																			

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

	Copia del documento de identificación (NIF, NIE o pasaporte).
	Certificado de empadronamiento actual en algún municipio de las Islas Baleares:*
	Municipio: _____ Fecha de empadronamiento: _____
	Si hace menos de un año del empadronamiento actual en un municipio de las Islas Baleares: documento(s) que acredite(n) la residencia efectiva en España durante un periodo continuado mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de presentación de esta solicitud
	Municipio _____ Fecha de empadronamiento: _____
	Municipio _____ Fecha de empadronamiento: _____
	Municipio _____ Fecha de empadronamiento: _____
	Municipio _____ Fecha de empadronamiento: _____
	Solo si no se dispone de la documentación anterior: cualquier otra documentación que, a juicio del solicitando, pueda acreditar su residencia efectiva en España por un periodo mínimo de un año anterior a la fecha de presentación de esta solicitud
	Especifique el documento: contrato de alquiler, informe de trabajadores sociales u otros funcionarios o autoridades, etc.

* Si el tiempo de empadronamiento es de un año o superior, no es necesario aportar ninguna otra documentación. Si el solicitante está empadronado en Palma, se comprobará telemáticamente; por lo tanto, no es necesario aportar el certificado.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO, bajo mi responsabilidad:

- 1) Que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos; por lo tanto, certifico la veracidad de la información.
- 2) Que el solicitante no tiene la condición de asegurado ni beneficiario del Sistema Nacional de Salud español ni acceso a un sistema público de protección sanitaria por cualquiera otro título, ya sea por aplicación de la normativa estatal o de los reglamentos comunitarios en materia de seguridad social o bien de los convenios bilaterales que España haya suscrito con otros estados en esta materia.

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO:

- 1) Que se hagan las consultas oportunas en los archivos públicos para acreditar los datos consignados y los documentos aportados a fin de que el órgano competente o autorizado en el ámbito de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares pueda obtenerlos en mi nombre por medio de transmisiones telemáticas de datos o de certificados que las sustituyan.
- 2) Que el órgano gestor pueda recoger los datos o los documentos otras administraciones incluidos en esta comunicación y que no se presentan, por medio de transmisiones telemáticas de datos o de certificados que las sustituyan, siempre que se haya establecido por convenio la colaboración con la administración competente.

Lugar y fecha

[Rúbrica o firma electrónica]

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y con la legislación vigente en materia de protección de datos, informamos del tratamiento de los datos personales consignados en esta solicitud.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO Y BASE JURÍDICA. Los datos personales que contiene esta solicitud serán tratados por el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

EJERCICIO DE DERECHOS Y RECLAMACIONES. Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y a ejercer el derecho a la portabilidad. Para ejercer estos derechos debe presentar una solicitud por escrito dirigida al Servicio de Atención al Usuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompañada de una copia del documento oficial de identificación (DNI/NIE, carnet de conducir o pasaporte). Además, puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos y a otros organismos públicos competentes para cualquier reclamación derivada del tratamiento de estos datos personales.

DELEGACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS. La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es.

INSTRUCCIONES

Puede cumplimentar el formulario directamente con el ordenador, pero si escriba a mano use preferentemente letras mayúsculas.

1. Código de identificación del procedimiento. Debe consignarlo la Administración, en su caso.
2. Si el representante acredita la representación por un medio diferente de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), debe presentar el documento que lo acredite.
3. Las notificaciones electrónicas permiten a cualquier persona recibir por la vía telemática las notificaciones administrativas del Servicio de Salud de las Islas Baleares. El acceso a este servicio requiere identificación por medio del sistema de autenticación Cl@ve o un certificado digital. Señale como canal preferente de comunicación una de las opciones, salvo que —de acuerdo con los apartados 2 y 3 del artículo 14 de la Ley 39/2015— tenga la obligación de relacionarse electrónicamente con la Administración. De conformidad con el artículo 68.4 de dicha Ley, si alguno de estos sujetos presenta la solicitud presencialmente, la Administración pública le requerirá que la presente electrónicamente por medio del Registro Electrónico Común de la Administración General del Estado. A tal efecto, se considerará que la solicitud se ha presentado en la fecha en que se haya subsanado.
4. Consigne el municipio si su denominación no coincide con la de la localidad.