

SOL·LICITUD per subscriure un conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tinguin la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut

CODI SIA¹

DESTINACIÓ	DIRECCIÓ GENERAL DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS
CODI DIR3	A04006334 v2

DADES DE LA PERSONA L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA DE LA QUAL QUEDARÀ COBERTA PEL CONVENI ESPECIAL

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	

REPRESENTANT O , EN CAS DE MENOR D'EDAT O INCAPACITAT, DADES DE QUI N'EXERCEIXI LA PÀTRIA POTESTAT, TUTELA O CURATELA

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Mitjà d'acreditació de la representació ²		REA	Un altre mitjà

COMUNICACIONS

Destinatari i canal per rebre les comunicacions									
Destinatari		Sol·licitant						Representant	
Canal de comunicació		Comunicació i notificació electrònica ³						Correu postal	
Comunicació per correu postal (consignau aquestes dades només si triau aquesta opció)									
Tipus de via		Nom de la via							
Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal	
Localitat					Municipi ⁴				
Adreça electrònica				Telèfon de contacte					
Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018)									

EXPÒS:

1. Que el Reial decret 576/2013, de 26 de juliol, estableix els requisits bàsics del conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tinguin la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut.
2. Que el sol·licitant compleix els requisits per subscriure aquest tipus de conveni.

SOL·LICIT:

Subscriure aquest tipus de conveni, per a la qual cosa adjunt la documentació oportuna i consign el compte corrent on vull que es faci la domiciliació del pagament.

DADES BANCÀRIES

Entitat bancària																		
IBAN	País		Codi		Entitat			Sucursal		DC		Núm. compte						
	E	S																

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA

	Còpia del document d'identificació (NIF, NIE o passaport).
	Certificat d'empadronament actual en algun municipi de les Illes Balears:*
	Municipi: _____ Data d'empadronament: _____
	Si fa menys d'un any de l'empadronament actual en un municipi de les Illes Balears: document(s) que acrediti(n) la residència efectiva a Espanya durant un període continuat mínim d'un any immediatament anterior a la data de presentació d'aquesta sol·licitud
	Municipi: _____ Data d'empadronament: _____
	Municipi: _____ Data d'empadronament: _____
	Municipi: _____ Data d'empadronament: _____
	Municipi: _____ Data d'empadronament: _____
	Només si no es disposa de la documentació anterior: qualsevol altra documentació que, segons el parer del sol·licitant, pugui acreditar la residència efectiva a Espanya per un període mínim d'un any anterior a la data de presentació d'aquesta sol·licitud.
	Especificau el document: contracte de lloguer, informe de treballadors socials o d'altres funcionaris o autoritats, etc.

* Si el temps d'empadronament és d'un any o superior, no cal aportar cap altra documentació. Si el sol·licitant està empadronat a Palma, es comprovarà telemàticament; per tant, no cal aportar el certificat.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meua responsabilitat:

- 1) Que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certifico la veracitat de la informació.
- 2) Que el sol·licitant no té la condició d'assegurat ni beneficiari del Sistema Nacional de Salut espanyol ni accés a un sistema públic de protecció sanitària per qualsevol altre títol, ja sigui per aplicació de la normativa estatal o dels reglaments comunitaris en matèria de seguretat social o bé dels convenis bilaterals que Espanya hagi subscrit amb altres estats en aquesta matèria.

AUTORITZACIÓ

AUTORITZ:

- 1) Que es facin les consultes oportunes en els fitxers públics per acreditar les dades consignades i els documents aportats a fi que l'òrgan competent o autoritzat en l'àmbit de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears els pugui obtenir en nom meu per mitjà de transmissions telemàtiques de dades o de certificats que les substitueixin.
- 2) Que l'òrgan gestor pugui recollir les dades o els documents d'altres administracions inclosos en aquesta comunicació i que no es presenten, per mitjà de transmissions telemàtiques de dades o de certificats que les substitueixin, sempre que s'hagi establert per conveni la col·laboració amb l'administració competent.

Lloc i data

[Rúbrica o signatura electrònica]

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades, informam del tractament de les dades personals consignades en aquesta sol·licitud.

FINALITAT DEL TRACTAMENT I BASE JURÍDICA. Les dades personals que conté aquesta sol·licitud seran tractades pel Servei de Salut de les Illes Balears.

EXERCICI DE DRETS I RECLAMACIONS. Teniu dret a oposar-vos al tractament d'aquestes dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit dirigida al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma) acompanyada d'una còpia del document oficial d'identificació (DNI/NIE, permís de conduir o passaport). A més, podeu adreçar-vos a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades i a altres organismes públics competents per a qualsevol reclamació derivada del tractament d'aquestes dades personals.

DELEGACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES. La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és dpd@ibsalut.es.

INSTRUCCIONS

Podeu emplenar el formulari directament amb l'ordinador, però si escriviu a mà empra preferentment lletres majúscules.

1. Codi d'identificació del procediment. L'ha de consignar l'Administració, si escau.
2. Si el representant acredita la representació per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre Electrònic d'Apoderaments (REA), ha de presentar el document que ho acrediti.
3. Les notificacions electròniques permeten a qualsevol persona rebre per la via telemàtica les notificacions administratives del Servei de Salut de les Illes Balears. L'accés a aquest servei requereix identificació per mitjà del sistema d'autenticació Cl@ve o un certificat digital. Assenyalau com a canal preferent de comunicació una de les opcions, llevat que —d'acord amb els apartats 2 i 3 de l'article 14 de la Llei 39/2015— tingueu l'obligació de relacionar-vos electrònicament amb l'Administració. De conformitat amb l'article 68.4 d'aquesta Llei, si algun d'aquests subjectes presenta la sol·licitud presencialment, l'Administració pública li requerirà que la presenti electrònicament per mitjà del Registre Electrònic Comú de l'Administració General de l'Estat. A aquest efecte, es considerarà que la sol·licitud s'ha presentat en la data en què s'hagi esmenat.
4. Consignau el municipi si la denominació no coincideix amb la de la localitat.