

# 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.



# SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

Registro INSS

Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las instrucciones sobre cada uno de ellos.

Debe imprimir un único ejemplar y presentarlo en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social. Para facilitar su presentación solicite cita previa en el teléfono 901 10 65 70 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 rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> Fallecimiento del cabeza de familia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ruina o quiebra económica</td> </tr> <tr> <td><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 rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> Internamiento completo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (Internamiento) hospitalización de día</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ambulatorio</td> </tr> <tr> <td><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		Núm. de teléfono				
Domicilio: (calle, plaza ...)					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal		Localidad		Provincia		Nacionalidad			

## 3.- DATOS ACADÉMICOS

Carrera o especialidad		Curso
Centro docente		Localidad

4.- SI SOLICITA LA PRESTACIÓN COMO **PROGENITOR**  **TUTOR**   
**GUARDADOR**  **CURADOR**  (sólo en gastos de sepelio) } **CÓNYUGE**   
**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	Piso	Puerta	Núm. de teléfono
Código postal		Localidad		Provincia		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

3

**8.- DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, INCLUIDO EL SOLICITANTE**  
(para la prestación de infortunio familiar)

Parentesco con el solicitante	Nombre y apellidos	DNI-NIE	Ingresos
TOTAL			

**9.- A CUMPLIMENTAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ESTUDIANTE**

Parentesco con el estudiante fallecido	Nombre y apellidos	DNI-NIE

**10.- HA SOLICITADO/PERCIBIDO LA PRESTACIÓN QUE SOLICITA EN OTRA PROVINCIA**

SÍ    NO  
 Provincia .....  
 Periodo reconocido .....

**11. ALEGACIONES**

Empty box for allegations.

20170424

6-022 cas (SE-1)

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

④

**12.- ELECCIÓN DE MODALIDAD DE COBRO** (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: .....					<input type="checkbox"/> EN VENTANILLA		<input type="checkbox"/> EN CUENTA/LIBRETA			
<b>Código IBAN</b> (antigua cuenta corriente)	CÓDIGO PAÍS	CCC								
		ENTIDAD	OFICINA/ SUCURSAL	DÍG. CONTROL	NÚMERO DE CUENTA					
<b>TITULAR DE LA CUENTA:</b> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> SOLICITANTE <input type="checkbox"/> OTRO <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, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que no percibo ninguna prestación de análogo riesgo a la que solicito, derivada de algún régimen de la Seguridad Social.

AUTORIZO la consulta de los datos de identificación personal así como la consulta de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y Residencia, manifestando, igualmente mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de salud y de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros colaboradores del Seguro Escolar, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación de Seguro Escolar, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución.

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

Firma del solicitante

Apellidos y nombre:

DNI-NIE

5

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

Nombre del funcionario .....

Firma

Fecha ..... Lugar .....

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

Los datos personales y del historial clínico aportados serán custodiados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con las suficientes garantías de confidencialidad según la Ley de Protección de Datos de carácter personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre, BOE del día 14). En cualquier momento, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados ante el organismo competente (art. 5 de la Ley 15/1999).

### NO OLVIDE PEDIR EL RESGUARDO ACREDITATIVO DE HABER PRESENTADO ESTA SOLICITUD

Si va a enviar por correo esta solicitud, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello, a excepción de los documentos indicados en el punto 1 y el DNI del progenitor/tutor del punto 2, de los que se deberán facilitar todos los datos contenidos en dichos documentos.



Registro INSS

**A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

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 toxicología:
  - 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

**DOCUMENTOS NO NECESARIOS PARA EL TRÁMITE, QUE APORTA VOLUNTARIAMENTE EL SOLICITANTE:**

- 1 .....
- 2 .....

Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms. ....  
Firma

Cargo y nombre del funcionario .....  
 ..... Fecha ..... Lugar .....

**DILIGENCIA DE COMPULSA:** A la vista de los siguientes documentos originales y en vigor:

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

Firma

Cargo y nombre del funcionario .....  
 ..... Fecha ..... Lugar .....

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 27-7-1994 (BOE del día 29) para el cálculo, control y revalorización de la prestación que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).

# PRESTACIÓN DEL SEGURO ESCOLAR

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

(Originales acompañados de copia para su compulsu o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

### 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 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.
- 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 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.
- 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
- 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/10, la descripción breve del estado actual del paciente, el tratamiento farmacológico y terapia psicológica indicada y si esta última va a ser realizada por un psicólogo o por el propio psiquiatra.

**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 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.

La inclusión de datos falsos, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, pueden ser actos constitutivos de delito.

Si va a enviar por correo postal este formulario, puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello, a excepción de los documentos indicados en los puntos 1 y 2, de los que se deberán facilitar todos los datos contenidos en dichos documentos.

[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

<https://sede.seg-social.gob.es/>