

# PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

### *¿Cuándo es necesario presentar esta solicitud?:*

**No es necesario presentar la solicitud** para el reconocimiento de esta prestación a las personas que tienen la condición de aseguradas por ser trabajadores por cuenta ajena o propia, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social y aquellas otras que se encuentren en situación de desempleo tras haber agotado la prestación o subsidio por desempleo.

Esta prestación se reconoce de oficio por el INSS.

**Es necesario presentar la solicitud** cuando se solicite esta prestación por:

- Las personas que no se encuentran en alguno de los supuestos anteriores y no tienen ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros.
- Los beneficiarios de las personas indicadas con anterioridad.
- También se debe utilizar para solicitar el cambio de los beneficiarios de un asegurado a otro.

### *¿Cómo debe cumplimentarla para solicitar la prestación por las distintas personas?*

#### **Solicitud del asegurado para sí mismo y/o para los beneficiarios:**

- Si solicita la prestación sólo como asegurado, marque la casilla persona asegurada.
- Si la solicita sólo para beneficiario, marque sólo la casilla beneficiario.
- Si la solicita como asegurado y para un beneficiario, marque las casillas asegurado y beneficiario.

Cambio de beneficiarios de un asegurado a otro: cumplimente la casilla prevista. Además, el asegurado donde se encuentran los beneficiarios debe dar su consentimiento mediante su firma. En caso contrario deberá aportar prueba suficiente de convivencia (p. ej. sentencia) y dependencia económica de los beneficiarios.

**Solicitud del beneficiario:** supuestos de separación judicial o divorcio: cumplimente los datos de la persona asegurada, los de los beneficiarios y marque la casilla “Solicitud presentada por el propio beneficiario”.

#### ***Página 1. Declaración de ingresos. Persona asegurada y beneficiarios.***

Se declararán los **ingresos** íntegros obtenidos por rendimientos de trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. En caso de haberse presentado la declaración del IRPF se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto. Se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior.

#### ***Página 2. Alegaciones:***

Si quiere añadir algo que considera importante para tramitar su prestación y no lo vea recogido en el formulario, indíquelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.



## ASISTENCIA SANITARIA

**ATENCIÓN:** Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las **instrucciones** sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

### DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento		Sexo	Estado Civil		Núm. DNI - NIE - Pasaporte			
Núm. de la Seguridad Social		Nacionalidad						
Domicilio habitual				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto		Código postal		Localidad				
Provincia			País					

201.20913

**Solicita la asistencia sanitaria (marque las casillas por los que desea solicitar la prestación):**

**Persona asegurada.**

Persona asegurada con ingresos no superiores a cien mil euros:

- Ingresos íntegros del último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior, obtenidos por rendimientos del trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales ..... €
- Tiene cobertura obligatoria de esta prestación por otra vía (régimen especial de funcionarios o a través de otro Estado):  
SÍ  NO
- Tiene algún familiar asegurado:  
SÍ  NO
- Reside en territorio español:  
SÍ  NO

El reconocimiento de esta prestación como asegurado por esta modalidad es incompatible con la condición de beneficiario de otra persona asegurada. En este supuesto debe solicitarse como beneficiario.

Menor de edad sujeto a tutela administrativa.

6-071 (AS-1) cas

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-Pasaporte

②

<input type="checkbox"/> <b>Beneficiario/a</b>	1 <sup>er</sup> Beneficiario	2 <sup>o</sup> Beneficiario	3 <sup>er</sup> Beneficiario	4 <sup>o</sup> Beneficiario
Primer apellido				
Segundo apellido				
Nombre				
Teléfono de contacto				
Núm. DNI-NIE-Pasaporte				
Núm. de la Seguridad Social				
Fecha de nacimiento				
Parentesco/relación con el asegurado				
Ingresos íntegros (1)(2)	€	€	€	€
Convive con el asegurado (2)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiene cobertura obligatoria de esta prestación por otra vía (3)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(1).- Ingresos íntegros del último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior, obtenidos por rendimientos del trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales.

(2).- No es necesario su declaración en cónyuge, pareja de hecho, excónyuge o separación judicial.

(3).- A través del Régimen Especial de Funcionarios o a través de otro Estado.

#### AUTORIZACIÓN DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS

Autorizo la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de identidad, domicilio y de residencia con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

Firma de los beneficiarios mayores de edad.

1<sup>er</sup> beneficiario2<sup>o</sup> beneficiario3<sup>er</sup> beneficiario4<sup>o</sup> beneficiario

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-Pasaporte

3

**Cambio de beneficiario/s de un asegurado a otro**

Solicito el cambio de los beneficiarios que se relacionan en este impreso que se encuentran en la actualidad con el asegurado ....., con DNI-NIE-Pasaporte .....

Para ello manifiesta la conformidad la persona asegurada indicada:

Firma

En caso contrario deberá aportar prueba suficiente de convivencia y dependencia económica de los beneficiarios (p. ej. sentencia).

**Solicitud presentada por el propio beneficiario**

Supuestos de separación judicial o divorcio: cumplimente en la página 1 los datos de la persona asegurada por la que solicita la condición de beneficiario y en la página 2 sus datos personales como beneficiario. Asimismo, indique a continuación su domicilio y firme la solicitud.

Domicilio habitual		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal	Localidad				
Provincia		País				

**ALEGACIONES**

[Empty box for alegaciones]

**DECLARO,** bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que, de los mismos, pueda producirse en lo sucesivo.

**AUTORIZO** la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de identidad, domicilio y de residencia con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

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

Firma del solicitante

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE .....

20120913

6-071 (AS-1) cas



**A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN**

Apellidos y nombre: Núm. DNI-NIE-Pasaporte <sup>④</sup>

Clave de identificación de su expediente:

Registro INSS

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ASISTENCIA SANITARIA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

Registro INSS

**DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA  
FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL INSS:**

- 1  DNI / NIE / Pasaporte
  - Solicitante.
  - Cónyuge/pareja de hecho.
  - Descendientes.
  - Otros familiares y acogidos.
- 2  Inscripción en Registro Central de Extranjeros o tarjeta de identificación de extranjeros (TIE).
- 3  Libro de familia o actas del Registro Civil.
- 4  Certificado de discapacidad.
- 5  Auto judicial o certificado de acogimiento familiar.
- 6  Certificado de no exportación de asistencia sanitaria.
- 7  Sentencia de separación o divorcio/documento pensión compensatoria.
- 8  Resolución de declaración de desamparo.
- 9  Otros documentos:

Recibí Firma

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

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....

Recibí los documentos requeridos a excepción de los números: .....

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 al fichero BADAS, creado por Orden ESS/1452/2012, de 29 de junio (BOE del 3 de julio) y permanecerán bajo la 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-)

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE SU PRESTACIÓN

### 1. EXHIBICIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR (tanto para personas aseguradas como, en su caso, beneficiarios por los que se solicita esta solicitud).

1. Españoles: *Documento Nacional de Identidad*. (1)
2. Extranjeros:
  - *Documento nacional de identidad 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 nacional de identidad 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. PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS EN ORIGINAL Y EN VIGOR Y FOTOCOPIAS COMPULSADAS O COPIAS PARA PROCEDER A SU COMPULSA.

*Personas aseguradas y, en su caso, beneficiarios por los que se solicita el derecho.*

3. *Certificado de empadronamiento* en el municipio de residencia del solicitante y, en su caso, del beneficiario. (1)
4. Los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, EEE o de Suiza o de países con convenio bilateral (Andorra, Brasil, Chile, Marruecos, Perú y Túnez) deben aportar un *certificado emitido por la institución competente* en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de procedencia del interesado acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España.

*Sólo si se encuentra en alguna de estas situaciones.*

5. **Extranjeros no contribuyentes del IRPF** (2) que solicita la prestación por no superar un determinado límite de ingresos: certificado expedido por la administración tributaria del Estado en el que hayan tenido su última residencia, acreditativo de no superar el citado límite de ingresos en atención a la declaración presentada en dicho Estado por un impuesto equivalente al IRPF.
6. **Menores sujetos a tutela administrativa:** resolución de la declaración de desamparo.
7. **Cónyuge:** Libro de Familia o certificado de inscripción de matrimonio.
8. **Pareja de hecho:** certificado de inscripción en el registro de la comunidad autónoma o localidad de residencia o acreditación de la constitución de la pareja mediante escritura pública.
9. **Excónyuge o separado judicialmente:** sentencia de separación o divorcio y documento que reconozca el derecho a percibir pensión compensatoria.
10. **Descendientes:** libro de familia o certificado de nacimiento para acreditar la condición de descendiente de la persona asegurada o de su cónyuge, excónyuge a cargo o pareja de hecho.
11. **Beneficiarios o personas asimiladas mayores de 26 años con discapacidad** en grado igual o superior al 65%: certificado de reconocimiento del grado de discapacidad.
12. **Tutelados o acogidos:** documento expedido por la autoridad competente para acreditar la condición de menor tutelado o acogido legalmente por la persona asegurada, por su cónyuge, excónyuge a cargo o pareja de hecho.
13. **Hermano/hermana de la persona asegurada:** libro de familia o documento equivalente para acreditar la condición de hermano/a de la persona asegurada.

---

(1) No será necesario aportarlo cuando los interesados presten su consentimiento para que los datos de identidad, domicilio y residencia puedan ser consultados por la Administración a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia (SVDR).

(2) Se considera contribuyente la persona física que tiene su residencia habitual en territorio español, entendiéndose que reside habitualmente cuando permanezca más de 183 días, durante el año natural, en territorio español (art. 8 y 9 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre -BOE del 29 de noviembre-).

# PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

## EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA

De acuerdo con el artículo 6.4 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (BOE de 4 de agosto), el plazo máximo para resolver y notificar el procedimiento iniciado es de 30 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 esta solicitud no va acompañada de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en cualquier dependencia de esta Dirección Provincial, personalmente o por correo, en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento.

El incumplimiento del plazo señalado tendrá los siguientes efectos:

- Documentos requeridos en el bloque 1: se entenderá que desiste de su petición, de acuerdo con lo previsto en los artículos 70 y 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (BOE del 27-11-1999 y 14-1-1999).
- Documentos requeridos en el bloque 2: se considerará que no ha acreditado suficientemente los requisitos necesarios para causar el derecho, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto ley 16/2012, de 20 de abril (BOE del día 24) y en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto (BOE de 4 de agosto).

El funcionario podrá requerir la documentación complementaria si lo considera necesario.

### RECUERDE:

Si se produce alguna variación en los datos de esta solicitud, tanto en lo referente a situación económica (ingresos laborales u otros tipo de rentas de usted o de los beneficiarios), familiar (cambio de estado civil, de funciones, etc.) o de su domicilio (de residencia habitual o de residencia fiscal) debe usted comunicarlos a la Dirección Provincial o al Centro de Atención e Información (CAISS) de este Instituto más cercano.

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 esta solicitud puede aportar la documentación solicitada mediante fotocopia de la misma debidamente compulsada por funcionario público autorizado para ello.

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