

# SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN AL CONVENIO ESPECIAL DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

CÓDIGO SIA

1 1 5 0 2 5 0

<b>DESTINO</b>	Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares	<b>DIR3</b>	A04006334
----------------	---	-------------	-----------

## BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Núm. doc. identidad		Nombre						
Apellido 1		Apellido 2						
Edad	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		Teléfono móvil					
Teléfono fijo		Correo electrónico						
Fecha de empadronamiento en las Islas Baleares (DD/MM/AAAA)								
Tipo de vía		Nombre de la vía						
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal
Localidad					Municipio <sup>1</sup>			

## REPRESENTANTE

Condición del representante	Tutor legal <sup>2</sup>	Progenitor <sup>3</sup>	Representante voluntario <sup>4</sup>
Núm. doc. identidad	Nombre		
Apellido 1	Apellido 2		
Medio de acreditación del representante voluntario		REA	Otro medio

## DATOS BANCARIOS PARA EL REINTEGRO<sup>5</sup>

Nombre del titular		Núm. doc. identidad							
IBAN	Entidad	Sucursal	DC	Cuenta					

## COMUNICACIONES

<b>Destinatario y canal para recibir las comunicaciones</b>								
Destinatario		Beneficiario				Representante		
Canal de comunicación		Comunicación y notificación electrónica <sup>6</sup>				Correo postal		
<b>Comunicación por correo postal</b> (consigne estos datos solo si escoge esta opción)								
Tipo de vía		Nombre de la vía						
Núm.	Bloque	Escalera	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal
Localidad					Municipio <sup>1</sup>			

## DOCUMENTACIÓN APORTADA<sup>7</sup>

<b>Documentación acreditativa de la identidad</b>
Pasaporte (personas extranjeras que no tengan NIE)
<b>Documentación acreditativa de la residencia efectiva en España</b>
<i>Si en el certificado de empadronamiento consta un periodo de más de un año residiendo en las Islas Baleares, no es necesario presentar la documentación que acredite la residencia efectiva en España.</i>
Certificado que acredita el empadronamiento en cualquier municipio de España (fuera de las Islas Baleares) durante el año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud.
Cualquier otra documentación que acredite la residencia efectiva en España durante un período mínimo de un año inmediatamente anterior a la fecha de la solicitud: contrato de alquiler, informe de trabajadores sociales o cualquier otro informe emitido por un funcionario o una autoridad.
<b>Documentación acreditativa de la representación</b>
Documento acreditativo de la condición de tutor/tutora legal.
Documento acreditativo de la condición de progenitor/progenitora.
Documento acreditativo de la representación voluntaria.

## NO CONSENTIMIENTO EXPRESO

Según el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, refrendado en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se permite que el Servicio de Salud de las Islas Baleares consulte por medios electrónicos datos de documentos elaborados por otras administraciones que sean requeridos para la gestión del acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria. **Si usted se opone a que el Servicio de Salud consulte datos y documentos para comprobar si cumple los requisitos establecidos por la normativa aplicable a este procedimiento, marque las casillas siguientes y aporte la documentación acreditativa:**<sup>8</sup>

Me opongo a que el Servicio de Salud solicite, a efectos de este procedimiento, a la Dirección General de Policía los datos de mi DNI o NIE.

Me opongo a que el Servicio de Salud de las Islas Baleares, a efectos de este procedimiento, solicite al ayuntamiento de las Islas Baleares que corresponda mis datos de inscripción en el padrón municipal de habitantes.

## 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 y sé que la inexactitud, la falsedad o la omisión de cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015.
2. Que el solicitante cumple los requisitos establecidos en el Real decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen 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.

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.** La finalidad de este tratamiento de datos es permitir al Servicio de Salud de las Islas Baleares la gestión administrativa y el control de las prestaciones ofrecidas a sus usuarios.

**Responsable del tratamiento.** Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. C/ de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

**Destinatarios de los datos personales.** Como parte del registro es necesario autorizar la cesión de los datos personales —limitando la información a la estrictamente necesaria en cada caso— a la entidad bancaria donde se efectuará el pago.

**Plazo de conservación de los datos personales.** Los datos se mantendrán durante el tiempo que sea necesario para cumplir la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que puedan derivarse de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será aplicable la normativa de archivos y documentación.

**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 ejercer el derecho a la portabilidad. Para ejercer estos derechos ha de 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 de un 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](mailto:dpd@ibsalut.es).

## INSTRUCCIONES

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

- 1 Consigne el municipio si su denominación no coincide con la de la localidad.
- 2 Tutor legal: persona física que ejerce la tutela sobre un menor o una persona incapacitada. Aunque se presente la solicitud mediante tutor legal, hay que consignar igualmente todos los datos del beneficiario de la asistencia sanitaria en el apartado correspondiente. En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 39/2015, quien actúe como tutor legal debe acreditar dicha condición con cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna de ello.
- 3 Progenitor: persona física que ejerce la patria potestad. Aunque se presente la solicitud mediante un progenitor, hay que consignar igualmente todos los datos del beneficiario de la asistencia sanitaria en el apartado correspondiente. En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 39/2015, quien actúe como progenitor debe acreditar dicha condición con cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna de ello. Si uno de los progenitores actúa en representación de su hijo no emancipado, se presumirá el consentimiento del otro progenitor para presentar esta solicitud.
- 4 Representante voluntario: aunque se presente la solicitud mediante representante voluntario, hay que consignar igualmente todos los datos del beneficiario de la asistencia sanitaria en el apartado correspondiente. En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 39/2015, quien actúe como representante debe acreditar la representación con cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna de ello. Si la acredita por un medio diferente a la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), ha de presentar el documento que lo acredite y hacer constar en el apartado «Documentación aportada» que presenta esa acreditación.
- 5 Si el suscriptor del convenio tiene menos de 65 años: cuota mensual de 60 €. Si tiene 65 o más años: cuota mensual de 157 €.
- 6 Las notificaciones electrónicas permiten a cualquier persona recibir por vía telemática las notificaciones administrativas del Servicio de Salud de las Islas Baleares. El acceso a este servicio requiere identificarse 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.
- 7 La documentación acreditativa puede ser original o una copia auténtica, según el artículo 27 de la Ley 39/2015. Marque la documentación que aporta.
- 8 En caso de que el solicitante se oponga, el Servicio de Salud se reserva el derecho a requerirle que aporte la documentación acreditativa que cumple los requisitos establecidos por la normativa reguladora para la gestión del acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria.