SOL·LICITUD DE SUBSCRIPCIÓ AL CONVENI ESPECIAL DE PRESTACIÓ D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

CODI SIA	1	1	5	0	2	5	0

DESTINACIÓ	Subdirecció de Comptabilitat i Anàlisi del Servei de Salut	DIR3	A04046354

BENEFICIARI DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Edat	Data de naixement (DD/MM/AAAA)		Telèfon fix	
Adreça electrònica			Telèfon mòbil	
Tipus de via		Nom de la via		

Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal

Localitat		Municipi[1]	

REPRESENTANT

Condició del representant	○ Tutor legal[2]	○ Progenitor[3]	○ Representant voluntari[4]
Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge	
Mitjà d'acreditació del representant voluntari	○ REA	○ Un altre mitjà	

DADES BANCÀRIES PER AL REINTEGRAMENT

Nom del titular		Núm. doc. identitat	

IBAN	Entitat	Sucursal	DC	Compte

COMUNICACIONS

Destinatari i canal per rebre les comunicacions

Destinatari	○ Beneficiari	Representant	○
Canal de comunicació	○ Notificació electrònica[6]	Correu postal	○

☐ Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018)

Adreça electrònica*	
Correu postal (consignau aquestes dades només si heu triat aquest canal de comunicació)	
Tipus de via	Nom de la via

Núm.	Bloc	Escala	Planta	Porta	Punt quilomètric	Polígon	Parcel·la	Codi postal

Localitat		Municipi[1]	

* S'enviaran a l'adreça electrònica facilitada els avisos per consultar les notificacions i les comunicacions que figurin en la Carpeta Ciutadana de la Seu Electrònica del Govern de les Illes Balears, en cas que hàgiu triat «Notificació electrònica» com a canal de comunicació.

DOCUMENTACIÓ APORTADA[7]

Documentació acreditativa de la identitat

☐ Còpia del document d'identificació (DNI, NIE o passaport)

Documentació acreditativa de la residència efectiva a Espanya o a la Unió Europea

☐ Certificat d'empadronament actual en algun municipi de les Illes Balears (si en el certificat d'empadronament consta un període de més d'un any residint a les Illes Balears no fa falta presentar la documentació que acrediti la residència efectiva a Espanya o a la Unió Europea)

☐ Si fa menys d'un any de l'empadronament actual a un municipi de les Illes Balears, document que acrediti la residència efectiva a Espanya o al territori dels altres estats membres de la Unió Europea, de l'Espai Econòmic Europeu, o bé de Suïssa o del Regne Unit durant un període continuat mínim d'un any immediatament anterior a la data de la sol·licitud de subscripció del conveni especial (es pot justificar amb un contracte de lloguer, un informe de treballadors socials o qualsevol altre informe emès per un funcionari o una autoritat)

Documentació acreditativa de la representació

○ Document acreditatiu de la condició de tutor/tutora legal.
○ Document acreditatiu de la condició de progenitor/progenitora.
○ Document acreditatiu de la representació voluntària.

NO CONSENTIMENT EXPRÉS

Segons l'article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, ratificat en la disposició addicional vuitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, es permet que el Servei de Salut de les Illes Balears consulti per mitjans electrònics dades de documents elaborats per altres administracions que siguin requerides per a la gestió del l'accés dels ciutadans a les prestacions d'assistència sanitària. **Si us oposau que el Servei de Salut consulti dades i documents per comprovar si compliu els requisits establerts per la normativa aplicable a aquest procediment, marcau les caselles següents i aportau la documentació acreditativa:**[8]

☐ M'opòs que el Servei de Salut sol·liciti, a l'efecte d'aquest procediment, a la Direcció General de Policia les dades del meu DNI o NIE.

☐ M'opòs que el Servei de Salut de les Illes Balears, a l'efecte d'aquest procediment, sol·liciti a l'ajuntament de les Illes Balears que correspongui les meves dades d'inscripció en el padró municipal d'habitants.

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR sota la meva responsabilitat:

1. Que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certific la veracitat de la informació i sé que la inexactitud, la falsedat o l'omissió de qualsevol dada o document pot produir els efectes prevists en l'article 69.4 de la Llei 39/2015.

2. Que el sol·licitant compleix els requisits establerts en el Reial decret 576/2013, de 26 de juliol, pel qual s'estableixen els requisits bàsics del conveni especial de prestació d'assistència sanitària a persones que no tenguin la condició d'assegurades ni de beneficiàries del Sistema Nacional de Salut.

Data [excepte si hi signau electrònicament]

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 quant 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, informem del tractament de les dades personals consignades en aquesta sol·licitud.

Finalitat del tractament i base jurídica. La finalitat d'aquest tractament de dades és permetre al Servei de Salut de les Illes Balears la gestió administrativa i el control de les prestacions ofertes als seus usuaris.

Responsable del tractament. Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears. C/ de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Destinataris de les dades personals. Com a part del registre cal autoritzar la cessió de les dades personals —limitant la informació a l'estrictament necessària en cada cas— a l'entitat bancària on s'efectuarà el pagament.

Termini de conservació de les dades personals. Les dades es mantindran durant el temps que sigui necessari per complir la finalitat per a la qual s'han recollit i per determinar les possibles responsabilitats que es puguin derivar d'aquesta finalitat i del tractament de les dades. Hi serà aplicable la normativa d'arxius i documentació.

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 adreçada al Servei d'Atenció a l'Usuari del Servei de Salut de les Illes Balears (c/ del Carme, 18. 07003 Palma) acompanyada d'una còpia d'un document oficial d'identificació (DNI/NIE, carnet 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

Per favor, emplenau el formulari directament amb l'ordinador, però si escriviu a mà emprau preferentment lletres majúscules.

1 Consignau-hi el municipi si la denominació no coincideix amb la de la localitat (exemple: localitat, Pòrtol | municipi, Marratxí).

2 Tutor legal: persona física que exerceix la tutela sobre un menor o una persona incapacitada. Encara que es presenti la sol·licitud mitjançant tutor legal, cal consignar igualment totes les dades del beneficiari de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. Per tal complir l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actuï com a tutor legal ha d'acreditar aquesta condició amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna.

3 Progenitor: persona física que exerceix la pàtria potestat. Encara que es presenti la sol·licitud mitjançant un progenitor, cal consignar igualment totes les dades del beneficiari de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. Per tal complir l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actuï com a progenitor ha d'acreditar aquesta condició amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna. Si un dels progenitors actua en representació del seu fill no emancipat, es presumirà el consentiment de l'altre progenitor per presentar aquesta sol·licitud.

4 Representant voluntari: encara que es presenti la sol·licitud per mitjà de representant voluntari, cal consignar igualment totes les dades del beneficiari de l'assistència sanitària en l'apartat corresponent. Per tal complir l'article 5 de la Llei 39/2015, qui actuï com a representant ha d'acreditar la representació amb qualsevol mitjà vàlid en dret que en deixi constància fidedigna. Si l'acredita per un mitjà diferent a la inscripció en el Registre Electrònic d'Apoderaments (REA), ha de presentar el document que ho acrediti i fer constar en l'apartat «Documentació aportada» que presenta aquesta acreditació.

5 Si el subscriptor del conveni té menys de 65 anys: quota mensual de 60 €. Si té 65 anys o més: quota mensual de 157 €.

6 Les notificacions electròniques permeten a qualsevol persona rebre per via telemàtica les notificacions administratives del Servei de Salut de les Illes Balears. L'accés a aquest servei requereix identificar-se per mitjà del sistema d'autenticació Cl@ve o un certificat digital. Senyalau 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.

7 La documentació acreditativa pot ser original o una còpia autèntica, segons l'article 27 de la Llei 39/2015. Marcau la documentació que aportau.

8 En cas que el sol·licitant s'hi oposi, el Servei de Salut es reserva el dret a requerir-li que aporti la documentació acreditativa que compleix els requisits establerts per la normativa reguladora per a la gestió de l'accés dels ciutadans a les prestacions d'assistència sanitària.