

**¿ACTIVADO EMERGENCIAS 112?**  
Señalar "X" Servicio Público utilizado:

UME     SVB     HELICÓPTERO  
 AMBUL. PAC     AMBUL. CONVENC

## TOMA DE DATOS TERCERO OBLIGADO.

1. DATOS PERSONALES (En su caso, sustituir por Etiqueta de Identificación)		
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	
DOMICILIO		
LOCALIDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
EMAIL OBLIGATORIO	TELÉFONOS	FECHA DE ASISTENCIA / /

2. ASISTENCIA PRIVADA	
<input type="checkbox"/> MUTUALISTA/OPCIÓN PRIVADA (Especificar COMPAÑÍA): <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> ISFAS <input type="checkbox"/> MUGEJU	(Presentar AUTORIZACIÓN o COMPROMISO de PAGO de la compañía)
<input type="checkbox"/> CONVENIOS INTERNACIONALES (Copia Tarjeta Sanitaria Europea o formulario que le otorga derecho a asistencia NO CADUCADO y fotocopia NIE o Pasaporte)	<input type="checkbox"/> INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
<input type="checkbox"/> SIN SEGURO/PRIVADO	<input type="checkbox"/> PACIENTES CON SEGURIDAD SOCIAL DERIVADOS DE CENTROS SANITARIOS PRIVADOS

3. ASISTENCIA POR ACCIDENTES	
DATOS DEL ACCIDENTE (fecha, hora y lugar) / / : .....	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL IN ITINERE SI NO (Copia del parte de accidente, con el que su empresa informa a la mutua laboral. Comunique a su empresa el accidente y solicite que nos envíe el parte de accidente o relación mensual de accidentes sin baja médica). Empresa: ..... Referencia De@ ..... Mutua: .....	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DEPORTIVO (Copia del parte de accidente con el número de póliza emitido por el club o entrenador y de la licencia federativa. Comunique a su club que ha recibido la asistencia y envíenos copia del parte de accidente emitido). *DEPORTIVO FEDERADO Federación: ..... Compañía aseguradora: ..... Teléfono: .....	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE CAZA (Copia licencia federativa y número de póliza. Comunique a su federación que ha recibido la asistencia y envíenos copia de la licencia federativa. En su caso envíe copia de la declaración de accidente).	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE ESCOLAR (Copia del Parte de accidente emitido por el colegio con número de póliza y número de expediente o siniestro. Comunique a su colegio que ha recibido la asistencia y solicite a su colegio que envíe copia del parte de accidente). *CON SEGURO PRIVADO Centro educativo ..... Localidad: ..... Teléfono: .....	
<input type="checkbox"/> OTROS ACCIDENTES (Copia del seguro responsable. Comunique que ha recibido la asistencia y solicite al seguro responsable que le indique número de autorización, referencia del siniestro o copia del parte de accidente). *SEÑALAR TIPO: Entidad, Organismo o Centro: ..... Aseguradora: ..... Referencia: .....	

4. DATOS DE CONTACTO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE INGRESOS ECONÓMICOS		
NOMBRE DEL CENTRO Gerencia del Área de Salud de Cáceres - Departamento de Cargos a Terceros		
DIRECCIÓN C/ San Pedro de Alcántara, 3 - 10001 Cáceres	TELÉFONO 927 25 61 71	
CORREO ELECTRÓNICO cargos.caceres@salud-juntaex.es	WEB areasaludcaceres.es	

5. DECLARACIÓN RESPONSABLE	
Declaro bajo mi responsabilidad que los datos reflejados en el presente documento y en la documentación que se acompaña al mismo son ciertos y, para que conste donde proceda, firmo la presente declaración.	
En ..... a ..... de ..... de 20 .....	
Firmado:	
Nombre y apellidos .....	
DNI .....	Parentesco con el paciente .....
Espacio para firma digital (opcional) Descargar el documento antes de firmar	

Este impreso, con los datos y documentos solicitados, deberá presentarlo en un **plazo máximo de 10 días hábiles, en el DEPARTAMENTO DE CARGOS A TERCEROS** de este centro sanitario o bien por **correo electrónico**, según los datos indicados en este documento. Igualmente, estamos a su disposición para atender cualquier consulta que desee realizar.

Le informamos que en el caso en que la asistencia recibida en este centro esté cubierta por un tercero obligado al pago, el **Servicio Extremeño de Salud** está obligado a reclamar al responsable económico correspondiente el gasto sanitario que ha requerido su asistencia, en aplicación de la normativa vigente.

Transcurrido el plazo establecido sin recibir contestación alguna del supuesto tercero obligado al pago, **se entenderá que acepta el pago de la factura que se emitirá a su nombre** (Art. 2.1b, Decreto 20/2018, de 14 de febrero).

**\*Pacientes con Seguridad Social DERIVADOS** de Centros Sanitarios Privados por haber optado por ser atendidos en la entidad privada: deben adjuntar a este formulario copia del INFORME DE DERIVACIÓN del Centro Privado.

**\*Accidentes deportivos FEDERADOS:** Si necesita asistencias sanitarias posteriores acuda a los servicios sanitarios de su seguro.

**\*Otros Accidentes:** Seguro obligatorio de viajero (SOV), accidentes con animales, festejos taurinos, eventos públicos, accidentes causales en vía pública, establecimientos...

*Sus datos personales serán tratados por el Servicio Extremeño de Salud (Q06004131), con la finalidad de gestionar expedientes relacionados con compañías aseguradoras, mutualidades u otras entidades, incluyendo la DG Tráfico cuando proceda, así como para llevar a cabo la facturación y gestión administrativa derivadas de la asistencia sanitaria prestada. La base jurídica para el tratamiento es la obligación legal y el interés público en la gestión administrativa y sanitaria del servicio. Sus datos personales podrán ser comunicados a los terceros ya indicados en base a obligaciones legales o por ser necesario para la prestación del citado servicio sanitario y administrativo. Para más información sobre el tratamiento o ejercicio de sus derechos de protección de datos, diríjase al Departamento de Cargos a Terceros de la Gerencia del Área de Salud correspondiente en la dirección indicada en el punto 4. DATOS DE CONTACTO DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE INGRESOS ECONÓMICOS o por email a [DPD-RGPD@salud-juntaex.es](mailto:DPD-RGPD@salud-juntaex.es).*

## **NORMATIVA APLICABLE**

- R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre (BOE Nº 222, de 16/09/06) que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (ANEXO IX "Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago").
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.
- Ley 18/2001, de 14 de diciembre (DOE 27/12/01), sobre tasas y precios públicos de la C.A. de Extremadura.
- Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Decreto 20/2018, de 14 de febrero (D.O.E. nº 35, de 19/02/18) por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud.
- RESPONSABILIDAD CIVIL: artículos 1.902, 1.903 y 1.905 del Código Civil.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 236, de 2 de octubre).
- REGLAMENTO (UE) 2016/679 y LEY ORGÁNICA 3/2018, de 5 de diciembre: Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tiene por finalidad la gestión de expedientes con compañías aseguradoras, mutualidades y Dirección General de Tráfico. Si lo desea, puede ejercitar su derecho a presentar una reclamación ante una unidad de control, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en el reglamento. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud del Área correspondiente.