

COMUNICACIÓN DE DISCREPANCIAS DE DATOS
LEY16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

COMUNIDAD AUTÓNOMA	
---------------------------	--

DATOS IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIOS)

NAF:	CONDICIÓN:	ASEGURADO	BENEFICIARIO
APELLIDO PRIMERO:			
APELLIDO SEGUNDO:			
NOMBRE:		FECHA NACIMIENTO:	
NIF/NIE:	PASAPORTE:		(Si no tiene DNI/NIE)

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO:	TEL:

DISCREPANCIAS QUE COMUNICA EL USUARIO (Marcar con X la que corresponda, o las dos si procede)

Desacuerdo en el tipo de **aportación farmacéutica asignado**

Desacuerdo en el tipo de **aseguramiento asignado**

En caso de estar en **desacuerdo con el tipo de aseguramiento asignado** marque la situación de aseguramiento en la que manifiesta estar:

<input type="checkbox"/>	Trabajador en situación de alta o asimilada a la de alta
<input type="checkbox"/>	Pensionista de la Seguridad Social
<input type="checkbox"/>	Desempleado cobrando prestación o subsidio
<input type="checkbox"/>	Perceptor de prestación periódica de la Seguridad Social
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó la prestación por desempleo y permanece desempleado
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó el subsidio por desempleo y permanece desempleado
<input type="checkbox"/>	Persona que reside en España y no supera el límite de rentas establecido
<input type="checkbox"/>	Persona que tiene suscrito un convenio especial de asistencia sanitaria
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

OBSERVACIONES:

FIRMADO:

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

Los datos que aporta el usuario serán remitidos para su valoración al **INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL**.