

**DECLARACIÓN RESPONSABLE A EFECTOS DE COBERTURA SANITARIA EN ESPAÑA DURANTE UNA  
ESTANCIA TEMPORAL**

**REAL DECRETO 8/2008, DE 11 DE ENERO (ARTº 26)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

- **Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_
  - **DNI/NIE/Pasaporte:** \_\_\_\_\_
  - **Datos del domicilio de residencia:**
    - **Domicilio de residencia:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
    - **Localidad:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_
  - **Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_
  - **Email:** \_\_\_\_\_
- Dirección a efectos de notificaciones** (consignar sólo si es distinta al domicilio de residencia):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ **DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

No tener derecho a exportar a España la cobertura de la asistencia sanitaria desde otro país, por no tener la condición de persona/s asegurada/s<sup>1</sup> en el sistema de Seguridad Social de otro país con el que España aplique una norma internacional de coordinación (Andorra, Chile, Marruecos, Perú, Túnez, algún Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, Suiza o Reino Unido).

Ni tener derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria en España con cargo a un tercero obligado al pago, ni obligación de acreditar la cobertura obligatoria por otra vía.

☐ **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL INSS PUEDA UTILIZAR LOS DATOS RECOGIDOS EN ESTA DECLARACIÓN A EFECTOS DEL RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA TEMPORAL EN ESPAÑA.**

Y para que conste, firmo el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> La declaración irá referida tanto al declarante como a los familiares que, en su caso, le acompañen durante el desplazamiento temporal a España.