

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).**SOLICITUD DE ALTA COMO
TITULAR POR VIUEEDAD,
ORFANDAD, DIVORCIO U OTROS**

NÚMERO DE AFILIACIÓN

28/7

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
N.I.F./N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Sexo Hombre Mujer
Municipio	Código Postal	Provincia
	Correo-electrónico	Teléfono

DATOS DEL TITULAR DEL QUE DERIVA EL DERECHO Y/O QUE CAUSA BAJA

Nº de afiliación	D.N.I.					
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido				
RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON EL TITULAR CAUSANTE	Cónyuge	Hermano/a	CAUSA DEL DERECHO	Fallecimiento	Otra	Fecha de la causa
	Hijo/a	Otra.		Nulidad	Especifíquese:	
	Padre/madre	Especifíquese:		matrimonial		
				Divorcio		

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque con una X la letra y escriba la Entidad:				
	A	C	1	2	5
	D				

FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA		
DÍA	MES	AÑO

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN CON TITULAR: Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Salvo los casos en que expresamente se indiquen en el impreso, la compulsa puede realizarse por la propia oficina del ISFAS, presentando a dicho fin el original junto con una fotocopia simple.

Los REQUISITOS INDISPENSABLES para la **inclusión de beneficiarios** son los que se recogen en las letras a), b) y c) de la declaración que figura en la solicitud. Debe tenerse en cuenta, por consiguiente, que la firma de la solicitud de Alta SUPONE LA FIRMA DE LA DECLARACIÓN, con la RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y ADMINISTRATIVA que de ello puede derivarse en caso de inexactitud, y sin perjuicio de que el ISFAS pueda solicitarle los documentos correspondientes para comprobar la certeza de la declaración.

ACOMPÁÑE los siguientes DOCUMENTOS:

- 1) Si se trata de cónyuge o hijo, fotocopia de las hojas correspondientes del Libro de Familia o certificación del Registro Civil.
- 2) En los restantes casos, el ISFAS le informará de los documentos precisos.
- 3) En el supuesto de alta del titular y en todo caso de los beneficiarios mayores de 14 años deberán acreditar su identidad, que se constatará mediante la exhibición del DNI (o tarjeta equivalente de los extranjeros residentes), o según proceda, mediante su comprobación por el ISFAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, previo consentimiento del titular, de los beneficiarios, o, en su caso, de quienes tengan su representación legal -menores e incapacitados-. De no prestarse consentimiento se requerirá la fotocopia del documento acreditativo de la identidad en periodo de subsanación de la solicitud.

En el caso de los hijos, si uno de los progenitores no es titular ni beneficiario del ISFAS por trabajar o ser perceptor de pensión por otro Régimen de Seguridad Social, se deberá presentar certificación acreditativa de no estar incluido como beneficiario en dicho Régimen.

Para el **alta de beneficiarios mayores de 16 años** (Artículo 6 del Real Decreto Ley 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores) deberán aportarse certificados de la Tesorería General de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de la Seguridad Social o consentimiento firmado por el interesado para que el ISFAS recabe las certificaciones necesarias de la Seguridad Social, a los efectos de acreditar su derecho al alta en este régimen especial.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados y que, en su caso, a los efectos de su alta o de su permanencia como beneficiarios en el Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, cada una de las personas cuyos datos se indican:

- a) Viven conmigo y a mis expensas.
- b) No realizan trabajo remunerado alguno, ni perciben renta patrimonial ni pensión alguna, superiores al doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.
- c) No figuran como titulares ni como beneficiarios en ningún documento que acredite el derecho a recibir asistencia sanitaria en el Régimen gestionado por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas ni tienen derecho a recibirla en cualquier otro de los Regímenes de la Seguridad Social.

Asimismo, me comprometo a comunicar cualquier circunstancia que modifique la anterior declaración.

Lugar y fecha

Firma

Anotaciones de servicio

(En caso de órgano ajeno al ISFAS,
utilícese este espacio para registro)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido		
N.I.F./N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Sexo Hombre Mujer	Domicilio (calle, avda. plaza, etc. y nº)	
Municipio	Código Postal	Provincia	Correo-electrónico	Teléfono

DATOS DEL TITULAR DEL QUE DERIVA EL DERECHO Y/O QUE CAUSA BAJA

Nº de afiliación	D.N.I.					
Nombre	Primer apellido		Segundo apellido			
RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON EL TITULAR CAUSANTE	Cónyuge	Hermano/a	CAUSA DEL DERECHO	Fallecimiento	Otra	Fecha de la causa
	Hijo/a	Otra.		Nulidad	Especifíquese:	
	Padre/madre	Especifíquese:		matrimonial		
				Divorcio		

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque con una X la letra y escriba la Entidad:				
	A	C	1	2	5
	D				

FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA		
DÍA	MES	AÑO

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

AVISO IMPORTANTE: Se recuerda la obligación de comunicar la baja de los beneficiarios cuando dejen de reunir los requisitos exigidos para estar incluidos como tales, en evitación de posibles solicitudes de reintegro de prestaciones y/ o cuotas abonadas indebidamente por este Instituto.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

El tratamiento de los datos personales precisos para la tramitación del presente procedimiento corresponde al Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Dichos datos no se cederán a terceros salvo en cumplimiento de una obligación legal, garantizándose en todo caso las posibilidades de acceso oposición, rectificación, limitación o supresión de los mismos ante el ISFAS, C/ Huesca 31-28020-Madrid, o en la dirección de correo OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es

La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en <http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad>

- EL PLAZO PARA TRAMITAR EL PROCEDIMIENTO QUE ESTA SOLICITUD INICIA ES DE SEIS MESES, A CONTAR DESDE LA FECHA CONSIGNADA EN EL EPÍGRAFE "REGISTRO DE ENTRADA".
- SI EN DICHO PLAZO NO SE HA RECIBIDO EL DOCUMENTO DE AFILIACIÓN Y/O BENEFICIARIOS, SEGÚN PROCEDA, NI LA NOTIFICACIÓN DE HABER SIDO DENEGADA LA SOLICITUD, SE PRODUCIRÁN LOS EFECTOS DEL SILENCIO ADMINISTRATIVO QUE, EN ESTE CASO, SON DE ESTIMACIÓN DE LA PETICIÓN, PUDIENDO DIRIGIRSE EN TAL SENTIDO ANTE LA OFICINA DEL ISFAS QUE RECIBIÓ LA SOLICITUD.

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

MODALIDADES ASISTENCIALES ISFAS

A	.Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD .Especialidades y hospitalizaciones: ENTIDAD .Servicio de urgencia: ENTIDAD	Códigos numéricos y Entidades concertadas 1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.). 2. ADESLAS 5. ASISA
	Modalidad elegible por todos los asegurados.	
C	.Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD .Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR .Servicio de urgencia: ENTIDAD	Códigos numéricos y Entidades concertadas 1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.) 2. ADESLAS 5. ASISA
	Modalidad elegible por los asegurados que residan en las provincias de Cádiz, Madrid y Zaragoza, teniendo en cuenta que, salvo excepciones, en zonas rurales la posibilidad de elección se reduce a la C1 .	
D	.Medicina gral., pediatría y enfermería: CONSULT. ISFAS .Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR .Servicio de urgencia: INSS (Red Sanitaria de la S.S.).	Códigos numéricos y Entidades concertadas Código numérico y Entidad concertada 1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)
	Modalidad elegible para los asegurados que residan en los municipios de Madrid, San Fernando y Zaragoza.	

AB-1.1.4

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)

De acuerdo con el artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, consiento expresamente en que el Instituto Social de las Fuerzas Armadas recabe de la Tesorería General de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de la Seguridad Social las certificaciones necesarias a efectos de acreditar mi derecho a la afiliación a dicho Instituto.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. Apellidos y nombre, NIF _____

NOTA: El presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante comunicación expresa dirigida por escrito al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.