



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que
reciba esta solicitud).

SOLICITUD DE ALTA DE COTIZANTES VOLUNTARIOS

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 PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

Ejército ☐ Tierra ☐ Armada ☐ Aire ☐ Funcionario ☐ Guardia Civil ☐ Policía Nacional ☐ Cuerpos Comunes	Cuerpo	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA ☐ Suspense empleo ☐ Pérdida de condiciones ☐ Suspensión firme ☐ Retiro sin pensión ☐ Exc.voluntaria ☐ Otra. Especifíquese	Fecha de efectos de la situación
	Empleo		
	Grupo		

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE

Marque con una X letra y código numérico de la Entidad

A ☐ C ☐ D ☐ 1 ☐ 2 ☐ 5 ☐

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.

DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DE CUOTAS

Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular a través de la cual se domiciliarán las cuotas al ISFAS

COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
-----------	--------------------	----------------------	-----------------------------------

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados y que no figuro de alta en otro Régimen de Seguridad Social, como titular ni como beneficiario y, 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 :

- Viven conmigo y a mis expensas.
- No realizan trabajo remunerado alguno, ni perciben renta patrimonial, ni pensión alguna, superiores al doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples.
- 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 y **al abono , sin solución de continuidad, de las cuotas al ISFAS correspondientes al asegurado y a la aportación del Estado.**

Lugar y fecha

Firma

Anotaciones de servicio

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

EJEMPLAR PARA EL ISFAS

AB-1.9.1

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



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que
reciba esta solicitud).

SOLICITUD DE ALTA DE COTIZANTES VOLUNTARIOS

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	Domicilio (calle, avda. plaza, etc. y nº)	
Municipio	Código Postal	Provincia	Correo-electrónico	Teléfono

DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

Ejército ☐ Tierra ☐ Funcionario ☐ Armada ☐ Guardia Civil ☐ Aire ☐ Policía Nacional ☐ Cuerpos Comunes	Cuerpo	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA ☐ Suspense empleo ☐ Pérdida de condiciones ☐ Suspensión firme ☐ Retiro sin pensión ☐ Exc.voluntaria ☐ Otra. Especifíquese	Fecha de efectos de la situación
	Empleo		
	Grupo		

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE

Marque con una X letra y código numérico de la Entidad

A ☐ C ☐ D ☐ 1 ☐ 2 ☐ 5 ☐

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

AB-I.

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

REGISTRO DE ENTRADA
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que
reciba esta solicitud).

**SOLICITUD DE ALTA
DE COTIZANTES
VOLUNTARIOS**

NÚMERO DE AFILIACIÓN

28/7

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- En general, deben acompañarse fotocopias compulsadas de los documentos que acrediten las circunstancias que se hagan constar. La compulsa puede realizarse por la propia oficina del ISFAS, presentando el original junto con una fotocopia simple.
- Para circunstancias profesionales es documento acreditativo, entre otros, la página del BOE o del BOD en que conste la correspondiente Resolución.
- 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.

ACOMPÑE 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 todos los casos, fotocopia de DNI cuando el beneficiario sea mayor de 14 años.

Debe acreditarse la identidad mediante la exhibición del DNI o, en su caso, mediante comprobación por el ISFAS previo consentimiento del interesado.

- En el caso de 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 titulares por derecho derivado y 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 o, en su caso, por quien le represente, 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.
- Para otras circunstancias personales o de orden civil, son documentos acreditativos, entre otros, el D.N.I., el Libro de Familia, las certificaciones del Registro Civil o las Resoluciones judiciales.

AB-1.9.3

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



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

MODALIDADES ASISTENCIALES DEL 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 asegurado.	
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.).	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-1.9.4

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



MINISTERIO
DE DEFENSA

ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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. Nombre, apellidos y NIF

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