

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

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE **DATOS BANCARIOS**

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU \mathbb{N}° DE AFILIACIÓN.

SOLICITUD

DATOS DEL SOLICITANTE Nombre							
Datios de Corde y Número Datos DEL CAUSANTE Nº de Orden Apellidos y Nombre N.I.F. COTIZACIONES O PRESTACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO DATOS DEL CAUSANTE	DATOS DEL SOLI						
DATOS DEL CAUSANTE DATOS DEL CAUSANTE N.	Apellidos			Nombre			
DATOS DEL CAUSANTE N.I.F.	Domicilio (Calle y Número)		Localidad		Código Postal y Pr	rovincia	
COTIZACIONES O PRESTACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO COTIZACIONES PRESTACIONES PRESTACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO	Email		Teléfono		Teléfono Móvil		
COTIZACIONES O PRESTACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO COTIZACIONES PRESTACIONES PRE	DATOS DEL CAUSANTE						
COTIZACIONES	N° de Orden Apellidos y Nombre					N.I.F.	
Hijo a Cargo con Discapacidad Inutilidad para el Servicio Gran Invalidez Ayuda Económica a Personas Mayores Otras	COTIZACIONES O PRESTACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA EL CAMBIO						
Cottzantes Voluntarios Instillidad para el Servicios Gran Invalidez Apuda Económica a Personas Mayores Otras	☐ COTIZACIONES ☐ PRES			STACIONES			
Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento Gestión de Prestaciones Sanitarias Seguro Salud (ISFAS) cuya finalidad será la comunicación de datos bancarios para el ingreso de las prestaciones reconocidas que exija un pago, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.e.) y 6.1.e.) del Reglamento (UE) 2016/6/9; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo I/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad. DATOS BANCARIOS TITULAR DE LA CUENTA: BANCO/CAJA: DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D. G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA - Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es títular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilicese este espacio para el registro)	Servicios Especiales		Inutilidad para el Servicio/Gran Invalidez Ayuda Económica a Personas Mayores				
será la comunicación de datos bancarios para el ingreso de las prestaciones reconocidas que exija un pago, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.e) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca, 31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad. **DATOS BANCARIOS** DATOS BANCARIOS** TITULAR DE LA CUENTA: BANCO/CAJA: BANCO/CAJA: DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA - Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilicese este espacio para el registro)	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS						
TITULAR DE LA CUENTA: BANCO/CAJA: COD. IBAN DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA - Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) - Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. Y SOLICITO la modificación indicada en los términos que corresponda. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilicese este espacio para el registro)	1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es. Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones						
BANCO/CAJA: COD. IBAN DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA - Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilicese este espacio para el registro)	DATOS BANCARIOS						
COD. IBAN DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA - Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) - Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)	TITULAR DE LA CUENTA:						
- Si actúa a través de representante debe aportar certificado firmado y sellado por la Entidad Financiera que acredite que el interesado es titular de la cuenta consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. Y SOLICITO la modificación indicada en los términos que corresponda. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)	BANCO/CAJA:						
consignada en esta solicitud. DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. Y SOLICITO la modificación indicada en los términos que corresponda. LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)							
PECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)							
Y SOLICITO la modificación indicada en los términos que corresponda. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)				(en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre			
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS				en el ejemplar para el interesado. (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)			