

CLASE DE SOLICITUD	ALTA DE TITULAR CON O SIN BENEFICIARIOS	ALTA DE BENEFICIARIO/S	BAJA DE TITULAR CON O SIN BENEFICIARIOS	BAJA DE BENEFICIARIO/S	RENOVACIÓN DE AFILIACIÓN	VARIACIONES
<b>EPÍGRAFES A CUMPLIMENTAR</b>	<b>2, 3, 4, o 5 y 6, 7, 8, 10 si procede, y 12</b>	<b>1, 2, 10 y 12</b>	<b>1, 2, 5, 9 y 12</b>	<b>1, 2, 10, 11 y 12</b>	<b>1, 2, 10 y 12</b>	<b>1, 2, el dato que proceda variar y 12</b>

**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
	Teléfono	Correo Electrónico

**DOMICILIO DE NOTIFICACIONES (EN SU CASO)**

Domicilio (calle, avda plaza, etc y nº)	Municipio	Código Postal	Provincia
---	-----------	---------------	-----------

**DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE**

Ejército	Funcionario	Cuerpo	Situación administrativa	Otra Especifíquese:
Tierra	Guardia Civil	Empleo	Servicio activo	Jubilación
Armada	Policia Nacional	Grupo	Serv Especiales	Exc Voluntaria
Aire	Cuerpos Comunes		Reserva	Exc para cuidado de hijos/ familiares
			Retiro	Fecha de efectos de la situación / /

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

Nº de Afiliación al ISFAS	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	D N I	Fecha nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer
<b>RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON EL TITULAR CAUSANTE</b>	Cónyuge	Hermano/a	<b>CAUSA DEL DERECHO</b>	Fallecimiento	Otra Especifíquese:	Fecha de la causa: / /
	Hijo/a	Otra Especifíquese:		Nulidad del mat Divorcio		
	Padre/madre					

**ASISTENCIA SANITARIA (Ver impreso de "Información sobre modalidades asistenciales del ISFAS")**

EN CASO DE ALTA O CAMBIO DE PROVINCIA O MUNICIPIO	ADEMÁS, EN CASO DE CAMBIO DE PROVINCIA O MUNICIPIO
<b>MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE</b>	<b>MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA</b>
Marque con una X letra y código numérico de la Entidad A    C    1    2    5 D	Marque con una X la letra y escriba la Entidad: A    B    1    2    5 C    D

**FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA** (en caso de alta de beneficiario/s, la Entidad será la elegida en su día por el titular)

DÍA	MES	AÑO

**DATOS DE CUALQUIER OTRO RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL AL QUE SE PERTENEZCA**

Régimen	Número de Afiliación
<b>DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR</b>	Causa
	Fallecimiento
	Pérdida de la condición de militar o funcionario
	Exc voluntaria
	Renuncia, siendo asegurado voluntario
	Otra Especifíquese:
	Fecha de la causa / /

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

CONCEPTO (1)	Nº ORDEN (2)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL CON TIT (3)	FECHA NACIM	D N I (más de 14 años)
A    B    R							
A    B    R							
A    B    R							
A    B    R							
A    B    R							

(1) A = Alta; B = Baja; R = Renovación de afiliación  
(2) Nº ORDEN: para alta no se cumplimentará, en los restantes casos se consignará el nº de orden que tenga asignado en el documento de beneficiarios  
(3) RELACIÓN CON TITULAR: consígnese, según proceda y, de ser preciso, abreviadamente: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a. En caso de otros familiares o asimilados consulte al ISFAS sobre esta posibilidad

**DATOS PARA LA BAJA DEL BENEFICIARIO/S**

Causa	Fallecimiento	Otra Especifíquese	Fecha de la causa / /
	Pérdida de condiciones exigibles		

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:

Lugar y fecha

Firma

Anotaciones de servicio

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

CLASE DE SOLICITUD	ALTA DE TITULAR CON O SIN BENEFICIARIOS	ALTA DE BENEFICIARIO/S	BAJA DE TITULAR CON O SIN BENEFICIARIOS	BAJA DE BENEFICIARIO/S	RENOVACIÓN DE AFILIACIÓN	VARIACIONES
<b>EPÍGRAFES A CUMPLIMENTAR</b>	<b>2, 3, 4, o 5 y 6, 7, 8, 10</b> si procede, y 12	<b>1, 2, 10 y 12</b>	<b>1, 2, 5, 9 y 12</b>	<b>1, 2, 10, 11 y 12</b>	<b>1, 2, 10 y 12</b>	<b>1, 2, el dato que proceda variar y 12</b>

**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
	Teléfono	Correo Electrónico

**DOMICILIO DE NOTIFICACIONES (EN SU CASO)**

Domicilio (calle, avda plaza, etc y nº)	Municipio	Código Postal	Provincia
---	-----------	---------------	-----------

**DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE**

Ejército	Funcionario	Cuerpo	Situación administrativa	Otra Especifíquese:
Tierra	Guardia Civil	Empleo	Servicio activo	Jubilación
Armada	Policía Nacional	Grupo	Serv. Especiales	Exc. Voluntaria
Aire	Cuerpos Comunes		Reserva	Exc. para cuidado de hijos/ familiares
			Retiro	Fecha de efectos de la situación / /

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

Nº de Afiliación al ISFAS	Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	D N I	Fecha nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer
<b>RELACIÓN DEL SOLICITANTE CON EL TITULAR CAUSANTE</b>	Cónyuge	Hermano/a	<b>CAUSA DEL DERECHO</b>	Fallecimiento	Otra Especifíquese:	Fecha de la causa: / /
	Hijo/a	Otra Especifíquese:		Nulidad del mat		
	Padre/madre			Divorcio		

**ASISTENCIA SANITARIA (Ver impreso de "Información sobre modalidades asistenciales del ISFAS")**

EN CASO DE ALTA O CAMBIO DE PROVINCIA O MUNICIPIO				ADEMÁS, EN CASO DE CAMBIO DE PROVINCIA O MUNICIPIO			
<b>MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE</b>	Marque con una X letra y código numérico de la Entidad			<b>MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA</b>	Marque con una X la letra y escriba la Entidad:		
A C	1	2	5	A B	1	2	5
D				C D			

**FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA** (en caso de alta de beneficiario/s, la Entidad será la elegida en su día por el titular)

DÍA	MES	AÑO

**DATOS DE CUALQUIER OTRO RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL AL QUE SE PERTENEZCA**

Régimen	Número de Afiliación
---------	----------------------

**DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR**

Causa	Fallecimiento	Pérdida de la condición de militar o funcionario	Otra Especifíquese:	Fecha de la causa / /
	Exc. voluntaria	Renuncia, siendo asegurado voluntario		

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

CONCEPTO (1)	Nº ORDEN (2)	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TIT (3)	FECHA NACIM	D N I (más de 14 años)
A B R							
A B R							
A B R							
A B R							
A B R							

(1) A = Alta; B = Baja; R = Renovación de afiliación  
(2) Nº ORDEN: para alta no se cumplimentará, en los restantes casos se consignará el nº de orden que tenga asignado en el documento de beneficiarios  
(3) RELACIÓN CON TITULAR: consígnese, según proceda y, de ser preciso, abreviadamente: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a. En caso de otros familiares o asimilados consulte al ISFAS sobre esta posibilidad

**DATOS PARA LA BAJA DEL BENEFICIARIO/S**

Causa	Fallecimiento	Otra Especifíquese	Fecha de la causa / /
	Pérdida de condiciones exigibles		

- 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.

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO

- En primer lugar, seleccione su “CLASE DE SOLICITUD” marcándola con una X.
- No cumplimente los epígrafes remarcados en rojo. Si dispone de documento de beneficiarios, PRESENTELO SIEMPRE PARA SU ACTUALIZACIÓN.
- Tenga en cuenta que el impreso está diseñado para permitir más de una clase de solicitud, por lo que, si se dan las circunstancias, puede marcar dos o más opciones.
- A continuación, según las clases de solicitud seleccionadas, cumplimente los epígrafes que en cada caso se indican (observe que el epígrafe les el N° de Afiliación, y que está situado en la parte superior derecha).

## DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- Salvo los casos 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.
- 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 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.

ACOMPAÑE 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 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 de 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 Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo) 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 ostente su representación legal-menores o incapacitados- 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 el cambio de modalidad asistencial, basado en cambio de residencia que implique cambio de provincia, los titulares en servicio activo deberán incorporar al expediente la Resolución de destino. Los datos del domicilio y residencia se podrán acreditar de modo fehaciente mediante su comprobación por el ISFAS a través del Sistema de Verificación de datos de Residencia, previo consentimiento del titular y, en su caso, de los beneficiarios, en los mismos términos que los señalados para la acreditación de la identidad. De no prestarse consentimiento se requerirá el certificado de empadronamiento en periodo de subsanación de la solicitud.
  - En el caso de hijos y otros familiares o asimilados de más de un titular, se ha de OPTAR por su inclusión en UNO de los documentos de beneficiarios.

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

- Los datos personales que se han consignado en esta solicitud serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado de afiliación del ISFAS regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOE nº 149), así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, C/ Huesca, 31 –28020 Madrid.
- Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas Administraciones Públicas y CCAA, así como a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria con las que ISFAS tenga suscrito concierto para la prestación de asistencia sanitaria, quienes los incorporarán a un fichero automatizado propio y, por tanto, de su exclusiva responsabilidad.

EN CASO DE DUDA, CONSULTE EN SU DELEGACION DEL ISFAS.

## 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 <b>elegible</b> 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 <b>elegible</b> por los asegurados <b>que residan</b> 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 <b>elegible</b> para los asegurados <b>que residan</b> en los municipios de Madrid, San Fernando y Zaragoza.	

De acuerdo con el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, 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.