

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE															
Apellidos					Nombre					NIF/NIE					
ASISTENCIA SANITARIA										FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA					
MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque letra y código numérico de la Entidad					MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA	Marque letra y código numérico de la Entidad					DÍA	MES	AÑO	
	A	C	D	1	2		5	A	C	D	1				2
MODALIDADES ASISTENCIALES															
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>ENTIDAD</b></li> </ul>					Códigos numéricos y Entidades concertadas									
						1. INSS    2. ADESLAS    5. ASISA									
Modalidad <b>elegible</b> por todos los asegurados															
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>SANIDAD MILITAR</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>ENTIDAD</b></li> </ul>					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 que <b>residan</b> en las provincias de Madrid, Zaragoza, teniendo en cuenta que, salvo excepciones, en zonas rurales la posibilidad de elección se reduce a <b>CI</b> .															
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>CONSULT. ISFAS</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>SANIDAD MILITAR</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>INSS (Red Sanitaria de la S.S.)</b></li> </ul>					Códigos numéricos y Entidades concertadas									
						1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)									
Modalidad <b>elegible</b> para los asegurados que residen en los municipios de Madrid, Zaragoza.															
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE															
<ul style="list-style-type: none"> <li>Para cambios ordinarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación del titular del documento de afiliación mediante exhibición del DNI o en los casos de tramitación de la solicitud por correo, se acompañará de la correspondiente autorización del titular que permita al ISFAS consultar sus datos de identidad, y en su caso de residencia, al Órgano correspondiente de la Administración del Estado a los solos efectos de tramitación de la citada documentación.</li> <li>En aquellos casos en que la solicitud sea requerida directamente por una persona distinta del titular, además de la autorización anteriormente descrita para el trámite por correo, se deberá acreditar la identidad del representante.</li> <li>Para solicitudes basadas en cambio de residencia o nuevo destino que implique cambio de provincia o en los casos en que haya variado alguno de los datos del titular y/o de sus beneficiarios se deberá utilizar el impreso de solicitud de Afiliación o Variaciones.</li> </ul> </li> <li>Para cambios extraordinarios y solicitudes de adscripción a la Red Sanitaria Pública (Modalidad A1) formuladas, estas últimas, fuera del mes de enero: <ul style="list-style-type: none"> <li>Además de los documentos anteriores, alegaciones en las que se fundamenta la solicitud, que se deberán acreditar documentalmente.</li> </ul> </li> </ul>															
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>							LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE								
Que las personas que permanecen como beneficiarios en mi documento de afiliación al ISFAS siguen reuniendo los requisitos necesarios para seguir siéndolo.							(en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)								
							(En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)								
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS															



# ISFAS

INSTITUTO SOCIAL  
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE  
MODALIDAD ASISTENCIAL**

**NÚMERO DE AFILIACIÓN**  
**28/7**

## DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos		Nombre		NIF/NIE							
<b>ASISTENCIA SANITARIA</b>					<b>FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA</b>						
MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque letra y código numérico de la Entidad					MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA	Marque letra y código numérico de la Entidad	DÍA	MES	AÑO	
	A	C	D	1	2			5	A	C	D

## MODALIDADES ASISTENCIALES

<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>ENTIDAD</b></li> </ul>	Códigos numéricos y Entidades concertadas		
		<b>1. INSS</b>	<b>2. ADESLAS</b>	<b>5. ASISA</b>
Modalidad <b>elegible</b> por todos los asegurados				
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>ENTIDAD</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>SANIDAD MILITAR</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>ENTIDAD</b></li> </ul>	Códigos numéricos y Entidades concertadas		
		<b>1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)</b>	<b>2. ADESLAS</b>	<b>5. ASISA</b>
Modalidad <b>elegible</b> por todos los asegurados que <b>residan</b> en las provincias de Madrid, Zaragoza, teniendo en cuenta que, salvo excepciones, en zonas rurales la posibilidad de elección se reduce a <b>CI</b> .				
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina general, pediatría y enfermería: <b>CONSULT. ISFAS</b></li> <li>Especialidades y hospitalizaciones: <b>SANIDAD MILITAR</b></li> <li>Servicios de urgencia: <b>INSS (Red Sanitaria de la S.S.)</b></li> </ul>	Códigos numéricos y Entidades concertadas		
		<b>1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)</b>		
Modalidad <b>elegible</b> para los asegurados que residen en los municipios de Madrid, Zaragoza.				

## INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

### PODRÁ UTILIZAR ESTE IMPRESO PARA:

- Los cambios de Entidad concertada que se soliciten durante el mes de enero de cada año.
- Los cambios de Entidad concertada, tanto para modalidades A como C, que se soliciten en periodo distinto al mes de enero (en este supuesto, se deberá aportar consentimiento escrito de ambas Entidades implicadas, excepto cuando se solicite la adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social, que se tramitará como cambio extraordinario).
- Los que se solicite adscripción a Sanidad Militar (con la conformidad del Director del Hospital ubicado en la provincia donde reside el interesado).
- Los cambios de la modalidad D a la C o viceversa (podrán solicitarse en cualquier momento).
- Los cambios de modalidad derivados del cese de la actividad asistencial de Hospitales de la Red Sanitaria Militar.

### ADVERTENCIA: SE DEBERÁ UTILIZAR EL IMPRESO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN O VARIACIONES CUANDO:

- Se trate de solicitudes basadas en cambio oficial de residencia o nuevo destino que implique cambio de provincia.
- Haya variado alguno de los datos del titular y/ o de sus beneficiarios.

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- 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 nuevo documento de afiliación, ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo que, en este caso, son los de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.

## 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>

**INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS**

Ejemplar para sellar y devolver al interesado (Artículo 42 y 70 de la Ley 30/92)

AB-1.2.2

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