

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR			N.I.F.
Apellidos		Nombre		Teléfono
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad		Provincia
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	El que conste para el ISFAS	Calle y número		
	El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad		Provincia
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			N.I.F.
POR GASTOS DE MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA		POR GASTOS DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA		
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE				
<ul style="list-style-type: none"> Factura original del facultativo que haya prestado la asistencia. Las facturas no serán devueltas, salvo desestimación de la solicitud. Si se desea una copia sellada, preséntese una fotocopia junto con el original. En caso de profesional de enfermería, además, prescripción del médico del consultorio ISFAS. 				
DATOS PARA EL PAGO				
PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE				
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>				
DATOS DEL BANCO O CAJA	Código numérico	Denominación		Dígito de Control
DATOS DE LA SUCURSAL	Código numérico	Dirección	DATOS DE LA CUENTA O LIBRETA	Clase Cuenta Corriente Libreta de Ahorro Número
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.			LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (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				

SOLICITUD

Número de Afiliación	DATOS DEL TITULAR			N.I.F.
Apellidos	Nombre		Teléfono	
DOMICILIO (sólo si se desea variar el que consta en el ISFAS)	Calle y número	Código postal y Localidad	Provincia	
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	El que conste para el ISFAS	Calle y número		
	El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nº de orden	Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo")			N.I.F.
POR GASTOS DE MÉDICO DE FAMILIA O PEDIATRA		POR GASTOS DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA		
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN				
<ul style="list-style-type: none"> Sólo pueden acogerse a esta prestación los asegurados adscritos a los consultorios ISFAS para asistencia primaria. El derecho a esta prestación surge cuando el ISFAS no disponga de un médico de familia, pediatra o profesional de enfermería que pueda asignarse al titular. La prestación consiste en el reintegro de los honorarios del facultativo o profesional de enfermería. 				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO				
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido la transferencia bancaria ni la notificación de la resolución dictada, 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. 				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS				
<ul style="list-style-type: none"> Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOD nº 149), se utiliza para la gestión y abono de las prestaciones, 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, en materia tributaria del Mº de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, así como a las Entidades Bancarias receptoras del abono de la prestación al interesado. 				