

SOL·LICITUD

Número d'Afiliació 28/7		DADES DEL TITULAR			N.I.F.	
Cognoms			Nom		Telèfon	
DOMICILI (Només si es desitja variar el que consta a l'ISFAS)		Carrer i número		Codi postal i Localitat		Província
DOMICILI PER A NOTIFICACIONS		El que consti per a l'ISFAS El que s'indica a continuació		Carrer i número Codi Postal i Localitat		Província
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ						
Núm. d'ordre		Cognoms i nom (si fos el propi titular indiqueu "el mateix")			N.I.F.	
PER DESPESES DE METGE DE FAMÍLIA O PEDIATRA				PER DESPESES DE PROFESSIONAL D'INFERMERIA		
DOCUMENTS QUE S'HAN D'ACOMPAÑAR						
<ul style="list-style-type: none"> Factura original del facultatiu que hagi dut a terme l'assistència. Les factures no seran retornades, llevat desestimació de la sol·licitud. Si es desitja una còpia segellada, presenteu una fotocòpia juntament amb l'original. En cas de professional d'infermeria, a més a més, prescripció del metge del consultori d'ISFAS. 						
DADES PER AL PAGAMENT						
PAGAMENT DIRECTE AL TITULAR SOL·LICITANT						
<i>Consigneu a continuació les dades del compte o llibreta d'estalvi del titular sol·licitant.</i>						
DADES DEL BANC O CAIXA		Codi numèric		Denominació		Tipus Compte Corrent Llibreta d'estalvi
DADES DE LA SUCURSAL		Codi numèric		Direcció		
DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT:				LLOC, DATA I SIGNATURA DEL TITULAR O REPRESENTANT		
a) Que les dades a les quals es refereix aquesta sol·licitud són certes. b) Que no he formulat sol·licitud ni rebut ajut pels mateixos fets de cap Organisme Públic ni d'altre Règim de Seguredad Social.				(en el darrer cas, núm. del DNI i relació amb el titular)		
I SOL·LICITO la prestació indicada en la quantia que correspongui.				(En cas de presentació en òrgan aliè a l'ISFAS, utilitzeu aquest espai per al registre)		
INSTITUT SOCIAL DE LES FORCES ARMADES						

SOL·LICITUD

Número d'Afiliació 28/7	DADES DEL TITULAR		N.I.F.
Cognoms	Nom		Telèfon
DOMICILI (noms si es desitja variar el que consta a l'ISFAS)	Carrer i número	Codi postal i Localitat	Província
DOMICILI PER A NOTIFICACIONS	El que consti per a l'ISFAS	Carrer i número	Província
	El que s'indica a continuació	Codi Postal i Localitat	
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ			
Núm. d'ordre	Cognoms i nom (si fos el propi titular indiqueu "el mateix")		N.I.F.
PER DESPESES DE METGE DE FAMÍLIA O PEDIATRA		PER DESPESES DE PROFESSIONAL D'INFERMERIA	
INFORMACIÓ DE LA PRESTACIÓ			
<ul style="list-style-type: none"> Només poden acollir-se a aquesta prestació els assegurats adscrits als consultoris ISFAS per a assistència primària. El dret a aquesta prestació sorgeix quan l'ISFAS no disposi d'un metge de família, pediatra o professional d'infermeria que pugui assignar-se al titular. La prestació consisteix en el reintegrament dels honoraris del facultatiu o professional d'infermeria. 			
INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA SOBRE PROCEDIMENT			
<ul style="list-style-type: none"> El termini per tramitar el procediment que aquesta sol·licitud inicia és de sis mesos, a comptar des de la data dalt consignada. Si en l'esmentat termini de sis mesos no s'ha rebut la transferència bancària ni la notificació de la resolució dictada, es produiran els efectes del silenci administratiu que, en aquest cas, són d'estimació de la petició, podent adreçar-se en tal sentit davant l'oficina de l'ISFAS que va rebre la sol·licitud. 			
INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA SOBRE TRACTAMENT DE DADES			
<ul style="list-style-type: none"> Les dades relatives a la prestació sol·licitada seran objecte de tractament per incorporar-se al fitxer automatitzat de l'ISFAS que, regulat en l'Ordre DEF/2437/2006, de 16 de juliol, del Ministeri de Defensa (BOD nº 149), s'utilitza per a la gestió i abonament de les prestacions, així com per a finalitats estadístiques. La responsabilitat del fitxer correspon a la Secretaria General de l'ISFAS, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid. Les dades podran ser cedides als Organismes amb responsabilitat en matèria de Seguretat Social de les diferents Administracions Públiques i CCAA, en matèria tributària del Ministeri d'Economia i Hisenda o, en el seu cas, de les CCAA o de les Diputacions Forals, així com a les Entitats Bancàries receptors de l'abonament de la prestació a l'interessat. 			

Exemplar per a segellar i retornar a l'interessat (Article 42 i 70 de la Llei 30/92, modificada per la Llei 4/1999).

SP-8.1.4.2

INFORMACIÓ TELEFÒNICA PERMANENT I GRATUÏTA: 900 504 326