



ISFAS

MINISTERIO
DE DEFENSA

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**SOLICITUD DE BAJA
DE TITULARES O
BENEFICIARIOS**

NÚMERO DE AFILIACIÓN

28/7

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
N.I.F./N.I.E.		

DATOS DEL SOLICITANTE (en caso de ser distinto del titular)

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
N.I.F./N.I.E.		

DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO PROPIO	Causa	FALLECIMIENTO	PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE MILITAR O FUNCIONARIO	OTRA Especifíquese:	Fecha de la causa
		EXC. VOLUNTARIA	RENUNCIA, SIENDO ASEGURADO VOLUNTARIO		
DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO DERIVADO O BENEFICIARIO	Causa	TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AJENA	PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES EXIGIBLES		Fecha de la causa
		FALLECIMIENTO	OTRA		
			Especifíquese		

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL.	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

OBSERVACIONES	Lugar y fecha	Anotaciones de servicio (En caso de órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para registro)
	Firma	

EJEMPLAR PARA EL ISFAS

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN: **900 504 326** (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes) AB-1.7.1

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
N.I.F./N.I.E.		

DATOS DEL SOLICITANTE (en caso de ser distinto del titular)

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido
N.I.F./N.I.E.		

DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO PROPIO	Causa	FALLECIMIENTO	PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE MILITAR O FUNCIONARIO	OTRA Especifíquese:	Fecha de la causa
		EXC. VOLUNTARIA	RENUNCIA, SIENDO ASEGURADO VOLUNTARIO		
DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO DERIVADO O BENEFICIARIO	Causa	TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AJENA	PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES EXIGIBLES	OTRA Especifíquese	Fecha de la causa
		FALLECIMIENTO			

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL.	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

AVISO IMPORTANTE: Se recuerda la obligación de comunicar la baja de los beneficiarios cuando dejen de reunir los requisitos exigidos para estar incluidos como tales, en evitación de posibles solicitudes de reintegro de prestaciones y/ o cuotas abonadas indebidamente por este Instituto.

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>

- 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

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO