

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

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

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.

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.

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 ECONÓMICA Y ADMINISTRATIVA 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.

ACOMPANE 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 de 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 período 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 por otro Régimen de Seguridad Social, se deberá presentar certificación acreditativa de no estar incluido como beneficiario en dicho Régimen.

Para el **alta de beneficiarios mayores de 16 años** (Artículo 6 del Real Decreto Ley 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores) 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 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.

En el caso de hijos u otros familiares o asimilados de más de un titular, se ha de OPTAR por su inclusión en uno de los documentos de beneficiarios.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos consignados y que, como beneficiarios en el Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, cada una de las personas cuyos datos se indican: a) Viven conmigo y a mis expensas. b) No realizan trabajo remunerado alguno, ni perciben renta patrimonial ni pensión alguna, superiores al doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples. c) No figuran como titulares ni como beneficiarios en ningún documento que acredite el derecho a recibir asistencia sanitaria en el Régimen gestionado por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas ni tienen derecho a recibirla en cualquier otro de los Regímenes de la Seguridad Social. Asimismo, me comprometo a comunicar cualquier circunstancia que modifique la anterior declaración.	Lugar y fecha	Anotaciones de servicio (En caso de órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para registro)
	Firma	

EJEMPLAR PARA EL ISFAS

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

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

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



MINISTERIO
DE DEFENSA

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

AUTORIZACION PARA LA CONSULTA TGSS/INSS

De acuerdo con el artículo 6 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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 el derecho de D./D.^a 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.