

SOLICITUD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| Número de Afiliación<br><b>28/7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          | <b>DATOS DEL TITULAR</b>                                             |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    | N.I.F.                                                      |                    |  |
| Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                      |                    | Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                    |                                                             | Teléfono           |  |
| DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS     | Calle y número                                                       |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Correo electrónico |                                                             |                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación | Código Postal y Municipio                                            |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Provincia          |                                                             |                    |  |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
| Nº de orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    | N.I.F.                                                      |                    |  |
| <b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                          | <b>CÓDIGO DE EXPEDIENTE</b>                                          | <b>IMPORTE (€)</b> | <b>SEÑALE LA AYUDA SOLICITADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    | <b>CÓDIGO DE EXPEDIENTE</b>                                 | <b>IMPORTE (€)</b> |  |
| <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS COMPLETA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                          |                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                             |                    |  |
| <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS SUPERIOR / INF.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                             |                    |  |
| <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN CON PIEZAS, FUNDAS O CORONAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                          |                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                                                             |                    |  |
| <input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                          |                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                                                             |                    |  |
| <input type="checkbox"/> SELLADO PIEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                          |                                                                      |                    | <input type="checkbox"/> SUSTANCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                                                             |                    |  |
| <b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Factura</b> del odontólogo o de la clínica dental en la que deberá figurar el detalle del tratamiento efectuado y demás requisitos legales establecidos. En las facturas por tratamientos de rehabilitación con prótesis dentarias, de conformidad con lo previsto en la Disposición adicional duodécima del Texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se deben desglosar todos los conceptos, detallando expresamente el coste de la prótesis correspondiente al coste del laboratorio protésico.<br/>Cuando se aporte factura emitida por un protésico dental, deberá aportarse también la factura o el informe del odontólogo o estomatólogo que hubiera realizado el tratamiento de rehabilitación con prótesis.</li><li>• <b>Justificante del pago</b> de la factura, cuando en la misma no se deje constancia del pago.</li><li>• En los casos de tratamientos de ortodoncia, si el beneficiario para el que se solicita la ayuda ha cumplido los 18 años, informe del especialista, en el que constará la fecha de inicio del tratamiento.</li></ul> |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
| <b>DATOS PARA EL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
| Consígnese a continuación los datos de la cuenta del titular solicitante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |
| <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>          |                    | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |                    |  |
| COD. IBAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          | DATOS BANCO O CAJA                                                   |                    | DATOS DE LA SUCURSAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    | D.C. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA                           |                    |  |
| <b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b><br>a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.<br>b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social.<br>c) Que la documentación que se ha unido a la solicitud es veraz y me comprometo a conservar los documentos originales en mi poder durante 4 años.<br>d) Que autorizo al ISFAS a consultar a las Administraciones Públicas o a terceros, incluidos los emisores de las facturas aportadas, los datos que fueran precisos para verificar el derecho a la prestación solicitada.<br><br>Y <b>SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                          |                                                                      |                    | <b>LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA</b><br>(en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)<br><br>Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.<br><br>NIF del representante :<br><br>Relación con el titular: |                    |                                                             |                    |  |
| <b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |                                                             |                    |  |

## SOLICITUD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Número de Afiliación:<br><b>28/7</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>DATOS DEL TITULAR</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N.I.F.             |
| Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                      | Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Teléfono           |
| DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS                 | Calle y número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Correo electrónico |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación             | Código Postal y Municipio                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Provincia          |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| Nº de orden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | N.I.F.             |
| <b>PRESTACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA<br><input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR<br><input type="checkbox"/> PIEZAS, FUNDAS O CORONAS<br><input type="checkbox"/> EMPASTES, OBTURACIONES O RECONSTRUCCIONES<br><input type="checkbox"/> SELLADO PIEZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      | <input type="checkbox"/> ENDODONCIAS (CADA PIEZA TRATADA)<br><input type="checkbox"/> TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INICIADO ANTES DE LOS 18 AÑOS<br><input type="checkbox"/> TARTECTOMIA O LIMPIEZA DE BOCA<br><input type="checkbox"/> IMPLANTE OSTEOINTEGRADO, COMPATIBLE CON PIEZA O DENTADURA<br><input type="checkbox"/> SUSTANCIAS |                    |
| <b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Estas prestaciones consisten en ayudas económicas baremadas según la normativa vigente en cada momento, que en ningún caso podrán ser superiores al coste real abonado.</li><li>Las piezas, fundas o coronas provisionales y los tratamientos reparadores sobre dentición temporal están excluidos de las prestaciones dentarias.</li><li>El conjunto de las ayudas para tratamientos de rehabilitación con prótesis dentarias estarán sujetas a un plazo de renovación de tres años, de forma que la máxima ayuda que podrá reconocerse a un beneficiario por cualquier tipo de tratamiento con prótesis dentarias (completa, superior, inferior o por piezas, fundas o coronas) será de 560 € cada tres años, a contar retrospectivamente desde la fecha de solicitud.</li><li>La ayuda por rehabilitación con prótesis completa será incompatible con otras prestaciones dentarias, con la excepción de las ayudas por implantes osteointegrados.</li><li>La prestación por ortodoncia se reconocerá por una sola vez, siendo imprescindible que el tratamiento se haya iniciado antes de los 18 años.</li><li>La ayuda para implantes osteointegrados sólo se podrá conceder para un máximo de seis implantes por cada beneficiario.</li><li>La ayuda por tartrectomía sólo se podrá conceder una vez por cada año natural. Los beneficiarios con asistencia completa por Entidades de Seguro no pueden acceder a esta ayuda, ya que este tratamiento es objeto de cobertura a cargo de la respectiva Entidad, siempre que se cumpla la tramitación establecida en el vigente Concierto.</li><li>Con carácter general, no serán objeto de estas ayudas los tratamientos odontológicos incluidos entre las prestaciones objeto de los Concierptos suscritos entre ISFAS con Entidades de Seguro</li></ul> |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Con carácter general, las solicitudes se presentarán a través de la Sede Electrónica del ISFAS. También podrán presentarse en las Delegaciones del ISFAS.</li><li>El plazo de resolución de esta solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha de entrada en el ISFAS. Si en ese plazo 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.</li><li>Deben conservarse los originales de las facturas y demás documentos requeridos que se hayan aportado y otros de valor probatorio que no se hubieran tenido que unir a la solicitud, durante un plazo de cuatro años, contados desde la fecha de cobro de la prestación.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTOS DE DATOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |
| <p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones sanitarias complementarias cuya finalidad será la gestión de expedientes de prestaciones dentarias, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.</p> <p>El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, <a href="mailto:OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es">OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es</a>.</p> <p>Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@mde.es">dpd@mde.es</a>.</p> <p>Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.</p> <p>INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: <a href="#">Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |