



# ISFAS

INSTITUTO SOCIAL  
DE LAS FUERZAS ARMADAS

### REGISTRO DE ENTRADA

Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

### EXPEDIENTE DE PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO

PUEDA CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU Nº DE AFILIACIÓN.

## SOLICITUD

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		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	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número		Provincia
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD				
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia de la resolución de pase a retiro o jubilación publicada en el BOD. Si con anterioridad a la declaración de retiro hubiera cesado en el destino que ocupaba en la situación de reserva y siempre que dicho cese se haya producido con ocasión del inicio de un expediente de inutilidad psicofísica, deberá aportar copia de la notificación o resolución del cese en el destino.</li> <li>Copia compulsada del señalamiento de pensión de Clases Pasivas del Estado o autorización del Anexo I debidamente cumplimentada.</li> <li>Copia compulsada del dictamen emitido por los Órganos Médico-Periciales de la Sanidad Militar para el retiro o jubilación o autorización del Anexo II debidamente cumplimentada. En el caso de asegurados pertenecientes al Cuerpo de Mutilados Acta de la Dirección General de la incorporación al mismo. Para los funcionarios civiles copia del dictamen del EVI del INSS.</li> <li>En caso de revisión del grado de incapacidad, solicitud en este modelo y dictamen actualizado de los Órganos Médico-Periciales de la Sanidad Militar o solicitud al ISFAS para tramitar ante la Sanidad Militar el reconocimiento que permita la emisión del dictamen actualizado de su situación (Anexo III), acompañando cuanta documentación clínica considere oportuna para justificar su solicitud.</li> </ul>				
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>				
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE				
Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.				
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA	
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>		<b>LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE</b> (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular)		
Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.				
Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.				
		(En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)		
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>				

**REGISTRO DE ENTRADA**

Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

**EXPEDIENTE DE PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO**

PUEDE CONSULTAR EL ESTADO DE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD EN LA OFICINA DEL ISFAS QUE FIGURA EN EL REGISTRO DE ENTRADA. CITE SU Nº DE AFILIACIÓN.

**SOLICITUD**

Número de Afiliación <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		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	<input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	<input type="checkbox"/> El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
<input type="checkbox"/> PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO		<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD	
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden ser beneficiarios de la pensión los titulares que pasen a retiro por inutilidad o jubilación por incapacidad permanente, desde las situaciones de servicio activo o servicios especiales o desde la de reserva ocupando destino asignado con arreglo a la Ley, siempre que, en cualquier caso, la incapacidad declarada haya sido en el grado de absoluta para todo trabajo, oficio o profesión o en el de gran invalidez.</li> <li>Si el grado es de gran invalidez, se tiene derecho, junto a la pensión, a la prestación económica correspondiente.</li> <li>También tendrán derecho a la prestación de gran invalidez los retirados procedentes del Cuerpo de Mutilados que tuvieran reconocido el grado de absoluto y no hubieran cumplido los 65 años el 1 de enero de 2008.</li> <li>La pensión está sometida al régimen limitativo de las pensiones públicas. La prestación por gran invalidez no queda afectada por ese límite, salvo concurrencia de prestación análoga de otro régimen de Seguridad Social.</li> <li>Para obtener la revisión del grado de incapacidad reconocido para el retiro o jubilación, es preciso que hayan transcurrido tres años desde la fecha de declaración de retiro o jubilación y que, además, no se haya alcanzado la edad fijada con carácter general para el retiro o jubilación forzosa.</li> <li>Para valorar el aumento del grado de incapacidad padecido, sólo podrá tenerse en cuenta la agravación de las lesiones que motivaron el retiro o jubilación.</li> <li>Pensión y prestación se abonarán por meses vencidos en doce mensualidades al año.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</li> <li>Si en el citado plazo de seis meses no se ha recibido 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.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<p>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</p> <p>La información suplementaria sobre el ejercicio de estos derechos podrá consultarse en <a href="http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad">http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</a></p>			



MINISTERIO  
DE DEFENSA



## ANEXO I

### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE SEÑALAMIENTOS DE PENSIÓN

Nombre

Apellidos

NIF

Autorizo al ISFAS para recabar en mi nombre, del Órgano competente, el señalamiento de pensión de Clases Pasivas del Estado, necesario para el reconocimiento de la Pensión y/o Prestación solicitada.

### Firma y fecha del interesado

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>



## ANEXO II

### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR DICTÁMENES DE LOS ÓRGANOS MÉDICO-PERICIALES DE LA SANIDAD MILITAR

Nombre

Apellidos

NIF

Autorizo al ISFAS para recabar en mi nombre, del Órgano competente de la Sanidad Militar, el Acta del Dictamen que sirvió de base a mi retiro/jubilación por inutilidad/incapacidad permanente. Dicho Dictamen fue emitido por la Junta Médico Pericial nº  de , en fecha / / .

#### Firma y fecha del interesado

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>



### ANEXO III

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR RECONOCIMIENTO PERICIAL DE LOS ÓRGANOS MÉDICOS PERICIALES DE LA SANIDAD MILITAR POR AGRAVAMIENTO

Nombre

Apellidos

NIF

Autorizo al ISFAS para recabar en mi nombre, del Órgano Médico-Pericial de la Sanidad Militar nuevo reconocimiento por agravamiento de las enfermedades o lesiones que motivaron mi retiro/jubilación por inutilidad/incapacidad permanente, como se justifica por la documentación clínica que se acompaña.

**Firma y fecha del interesado**

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>