

## 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																								
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>																											
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dictamen de los Órganos Médico-Periciales de la Sanidad Militar, u órganos médicos civiles competentes en el caso de funcionarios civiles, en el que se especifique la lesión permanente y no invalidante, que se padece.</li> <li>• Areditación de que la enfermedad o el accidente han sido causados en acto de servicio o como consecuencia de él.</li> </ul>																											
<b>DATOS PARA EL PAGO</b>																											
<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE																											
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante o de la Empresa Suministradora</i>																											
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA																								
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b>		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA DEBIDAMENTE AUTORIZADA (en los dos últimos casos, documentos escritos de autorización con copia del DNI del titular y representante)																									
Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.		<p>Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el ejemplar para el interesado.</p> <p>NIF del representante:</p> <p>Relación con el titular:</p>																									
Y <b>SOLICITO</b> la prestación indicada en la cuantía que corresponda.																											
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>																											

## 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
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pueden ser beneficiarios de esta prestación, que consiste en el pago, por una sola vez, de una cantidad baremada, los titulares que se encuentren en servicio activo, disponible, servicios especiales o en reserva ocupando destino.</li> <li>El hecho causante es toda lesión de carácter definitivo que, sin ser motivo de retiro o jubilación, se encuentre recogida en el Baremo vigente en el Régimen General de la Seguridad Social.</li> <li>Las lesiones ocasionadas con posterioridad a 01/01/2008, deben haber sido causadas en Acto de Servicio o como consecuencia de él.</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 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, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<p>Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones por incapacidad e informes médicos, cuya finalidad será la gestión del expediente de indemnización por lesiones permanentes no invalidantes, 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>. 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>			