



MINISTERIO
DE DEFENSA

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 DE RETIRO DE LA
ASOCIACIÓN MUTUA
BENÉFICA DEL EJÉRCITO**

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL SOLICITANTE		N.I.F.
Apellidos	Nombre		Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	Calle y Número		Provincia
	Código Postal y Localidad		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN DE RETIRO FECHA DE RETIRO: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>			
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE			
<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del DNI del solicitante o autorización para comprobación por el ISFAS de los datos de identidad, a través del Sistema de verificación de datos de identidad. Si se trata de retiro por inutilidad, fotocopia compulsada del señalamiento de la pensión de retiro de Clases Pasivas o autorización para recabar en su nombre dicho señalamiento de pensión del Organismo competente (Anexo II). 			
DATOS PARA EL PAGO AL MUTUALISTA			
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> COD. IBAN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DATOS BANCO O CAJA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DATOS DE LA SUCURSAL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. Y SOLICITO la prestación indicada en la cuantía que corresponda.		LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el solicitante) (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)	
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS			

Ejemplar para el ISFAS

SP- 18.1.4.1

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)



MINISTERIO
DE DEFENSA

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
DE RETIRO O JUBILACIÓN
DE LA ASOCIACIÓN MUTUA
BENÉFICA DEL EJÉRCITO**

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 28/7	DATOS DEL SOLICITANTE		N.I.F.
Apellidos	Nombre	Teléfono	
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	Calle y Número		
	Código Postal y Localidad	Provincia	
<input type="checkbox"/> PENSIÓN DE RETIRO FECHA DE RETIRO: <input type="text"/>			
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> • Causa estas prestaciones el personal asociado a la AMBE, que permaneciera o estuviera en fecha posterior a 01.01.1962. • Es beneficiario el propio asociado, siempre que tenga cubierto un período de carencia de diez años • Se percibe en forma de capital por una sola vez. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> • El plazo para tramitar el procedimiento correspondiente a su solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. • Si en el citado plazo no ha recibido notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo, que, en este caso, son de estimación de su petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud, para en su caso, interesar el certificado del silencio producido del órgano competente para resolver. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<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 http://www.defensa.gob.es/isfas/PoliticaDePrivacidad</p>			

Ejemplar para sellar y devolver al interesado

SP- 18.1.4.2

TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes)



ANEXO II

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE SEÑALAMIENTO 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

CORREO ELECTRÓNICO:

isfasprestaciones@oc.mde.es

C/ Huesca, 31 - 28020 MADRID
C/ General Varela, 37 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 99



AUTORIZACION PARA LA COMPROBACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD

Acreditación de identidad de titulares, beneficiarios, cónyuges, convivientes, viudas, hijos/as huérfanos/as, para el tratamiento de solicitudes de afiliación y/o prestaciones, incluidas las de las Asociaciones Mutuas Benéficas integradas en ISFAS. En el caso de menores de edad o incapacitados deberá ser suscrito por su representante legal debidamente acreditado.

(Cumplimentar y suscribir un ejemplar por el titular, beneficiario/a o causante, consignado en la solicitud).

En caso de no autorizar la consulta se deberá presentar fotocopia del Documento Nacional de Identidad “DNI” o Número de Identificación de Extranjero “NIE” de las personas a que se refiere la solicitud (Artículo 1.3 Real Decreto 522/2006, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de fotocopias de Documentos de Identidad en los procedimientos administrativos en la Administración General del Estado y de sus organismos públicos vinculados o dependientes).

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI / NIE

A los efectos que derivan de esta solicitud, **AUTORIZO** al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) **para consultar mis datos de identificación personal, con garantía de confidencialidad, en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI)**, regulado en la Orden PRE/3949/2006, de 26 de diciembre (Artículo Único del Real Decreto 522/2006, de 28 de abril), **a efectos de comprobación de requisitos necesarios para la resolución de solicitud que acompaña, de afiliación o prestaciones gestionada por este Instituto Social.**

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL
(En el último caso, nº del DNI y Poder Legal de Representación)

, a de de

Firmado:

Nº. AFILIACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS DEL TITULAR
28/7.	

NOTA: El presente consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante comunicación expresa dirigida por escrito al Instituto Social de las Fuerzas Armadas.