



# ISFAS

MINISTERIO  
DE DEFENSA

INSTITUTO SOCIAL  
DE LAS FUERZAS ARMADAS

**REGISTRO DE ENTRADA**  
(Sólo utilizable por el primer Registro del ISFAS que reciba esta solicitud).

**SOLICITUD DE BAJA  
DE TITULARES O  
BENEFICIARIOS**

NÚMERO DE AFILIACIÓN

28/7

### DATOS PERSONALES DEL TITULAR

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

### DATOS DEL SOLICITANTE (en caso de ser distinto del titular)

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

<b>DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO PROPIO</b>	Causa	FALLECIMIENTO	PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE MILITAR O FUNCIONARIO	OTRA Especifíquese:	Fecha de la causa
		EXC. VOLUNTARIA	RENUNCIA, SIENDO ASEGURADO VOLUNTARIO		
<b>DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO DERIVADO O BENEFICIARIO</b>	Causa	TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AJENA	PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES EXIGIBLES		Fecha de la causa
		FALLECIMIENTO	OTRA Especifíquese		

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL.	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

<b>OBSERVACIONES</b>	Lugar y fecha	Anotaciones de servicio
	Firma	
		(En caso de órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para registro)

**EJEMPLAR PARA EL ISFAS**

**TELÉFONO GRATUITO DE INFORMACIÓN: 900 504 326 (de 9 a 15 horas, de lunes a viernes) AB-1.7.1**

**DATOS PERSONALES DEL TITULAR**

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

**DATOS DEL SOLICITANTE (en caso de ser distinto del titular)**

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

<b>DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO PROPIO</b>	Causa	FALLECIMIENTO	PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE MILITAR O FUNCIONARIO	OTRA Especifíquese:	Fecha de la causa
		EXC. VOLUNTARIA	RENUNCIA, SIENDO ASEGURADO VOLUNTARIO		
<b>DATOS PARA LA BAJA DEL TITULAR POR DERECHO DERIVADO O BENEFICIARIO</b>	Causa	TRABAJO POR CUENTA PROPIA O AJENA	PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES EXIGIBLES	OTRA Especifíquese	Fecha de la causa
		FALLECIMIENTO			

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

Nº ORDEN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	REL. CON TITUL.	FECHA NACIM.	D.N.I. (más de 14 años)

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS.- Personas que en relación con el titular son: cónyuge, hijo/a, hijo/a incapacitado/a, etc.

**AVISO IMPORTANTE:** Se recuerda la obligación de comunicar la baja de los beneficiarios cuando dejen de reunir los requisitos exigidos para estar incluidos como tales, en evitación de posibles solicitudes de reintegro de prestaciones y/ o cuotas abonadas indebidamente por este Instituto.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS**

- Los datos personales que se han consignado en esta solicitud serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado de afiliación del ISFAS regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa ( BOE nº 149 ), así como para fines estadísticos. La responsabilidad del fichero corresponde a la Secretaría General del ISFAS, C/ Huesca, 31 –28020 Madrid.
- Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas Administraciones Públicas y CCAA, así como a las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria con las que ISFAS tenga suscrito concierto para la prestación de asistencia sanitaria, quienes los incorporarán a un fichero automatizado propio y, por tanto, de su exclusiva responsabilidad.

- EL PLAZO PARA TRAMITAR EL PROCEDIMIENTO QUE ESTA SOLICITUD INICIA ES DE SEIS MESES, A CONTAR DESDE LA FECHA CONSIGNADA EN EL EPÍGRAFE "REGISTRO DE ENTRADA".
- SI EN DICHO PLAZO NO SE HA RECIBIDO EL DOCUMENTO DE AFILIACIÓN Y/O BENEFICIARIOS, SEGÚN PROCEDA, NI LA NOTIFICACIÓN DE HABER SIDO DENEGADA LA SOLICITUD, SE PRODUCIRÁN LOS EFECTOS DEL SILENCIO ADMINISTRATIVO QUE, EN ESTE CASO, SON DE ESTIMACIÓN DE LA PETICIÓN, PUDIENDO DIRIGIRSE EN TAL SENTIDO ANTE LA OFICINA DEL ISFAS QUE RECIBIÓ LA SOLICITUD

**EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO**