

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE																
Apellidos						Nombre						NIF/NIE				
ASISTENCIA SANITARIA										FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA						
MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque letra y código numérico de la Entidad					MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA	Marque letra y código numérico de la Entidad					DÍA	MES	AÑO		
	A	C	D	1	2		5	A	C	D	1	2	5			
MODALIDADES ASISTENCIALES																
A	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD • Especialidades y hospitalizaciones: ENTIDAD • Servicios de urgencia: ENTIDAD 					Códigos numéricos y Entidades concertadas										
						1. INSS 2. ADESLAS 5. ASISA										
Modalidad elegible por todos los asegurados																
C	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD • Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR • Servicios de urgencia: ENTIDAD 					Códigos numéricos y Entidades concertadas										
						1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.) 2. ADESLAS 5. ASISA										
Modalidad elegible por todos los asegurados que residan en las provincias de Cádiz, Madrid, Zaragoza y en la Ciudad Autónoma de Ceuta, teniendo en cuenta que, salvo excepciones, en zonas rurales la posibilidad de elección se reduce a CI .																
D	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina general, pediatría y enfermería: CONSULT. ISFAS • Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR • Servicios de urgencia: INSS (Red Sanitaria de la S.S.) 					Códigos numéricos y Entidades concertadas										
						1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)										
Modalidad elegible para los asegurados que residen en los municipios de Madrid, San Fernando, Zaragoza y Ceuta.																
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE																
<ul style="list-style-type: none"> • Para cambios ordinarios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación del titular del documento de afiliación mediante exhibición del DNI o en los casos de tramitación de la solicitud por correo, se acompañará de la correspondiente autorización del titular que permita al ISFAS consultar sus datos de identidad, y en su caso de residencia, al Órgano correspondiente de la Administración del Estado a los solos efectos de tramitación de la citada documentación. ○ En aquellos casos en que la solicitud sea requerida directamente por una persona distinta del titular, además de la autorización anteriormente descrita para el trámite por correo, se deberá acreditar la identidad del representante. ○ Para solicitudes basadas en cambio de residencia o nuevo destino que implique cambio de provincia o en los casos en que haya variado alguno de los datos del titular y/o de sus beneficiarios se deberá utilizar el impreso de solicitud de Afiliación o Variaciones. • Para cambios extraordinarios y solicitudes de adscripción a la Red Sanitaria Pública (Modalidad A1) formuladas, estas últimas, fuera del mes de enero: <ul style="list-style-type: none"> ○ Además de los documentos anteriores, alegaciones en las que se fundamenta la solicitud, que se deberán acreditar documentalente. 																
DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: Que las personas que permanecen como beneficiarios en mi documento de afiliación al ISFAS siguen reuniendo los requisitos necesarios para seguir siéndolo.						LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE (en el último caso, nº del DNI y relación con el titular) (En caso de presentación en órgano ajeno al ISFAS, utilícese este espacio para el registro)										
INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS																



ISFAS

INSTITUTO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS

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

**SOLICITUD DE CAMBIO DE
MODALIDAD ASISTENCIAL**

NÚMERO DE AFILIACIÓN
28/7

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos	Nombre	NIF/NIE
-----------	--------	---------

ASISTENCIA SANITARIA

MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ELIGE	Marque letra y código numérico de la Entidad						MODALIDAD ASISTENCIAL QUE SE ABANDONA	Marque letra y código numérico de la Entidad						FECHA DE ALTA EN LA ENTIDAD ELEGIDA		
	A	C	D	1	2	5		A	C	D	1	2	5	DÍA	MES	AÑO

MODALIDADES ASISTENCIALES

A	<ul style="list-style-type: none"> Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD Especialidades y hospitalizaciones: ENTIDAD Servicios de urgencia: ENTIDAD 	Códigos numéricos y Entidades concertadas
	Modalidad elegible por todos los asegurados	1. INSS 2. ADESLAS 5. ASISA
C	<ul style="list-style-type: none"> Medicina general, pediatría y enfermería: ENTIDAD Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR Servicios de urgencia: ENTIDAD 	Códigos numéricos y Entidades concertadas
	Modalidad elegible por todos los asegurados que residan en las provincias de Cádiz, Madrid, Zaragoza y en la Ciudad Autónoma de Ceuta, teniendo en cuenta que, salvo excepciones, en zonas rurales la posibilidad de elección se reduce a CI .	1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.) 2. ADESLAS 5. ASISA
D	<ul style="list-style-type: none"> Medicina general, pediatría y enfermería: CONSULT. ISFAS Especialidades y hospitalizaciones: SANIDAD MILITAR Servicios de urgencia: INSS (Red Sanitaria de la S.S.) 	Códigos numéricos y Entidades concertadas
	Modalidad elegible para los asegurados que residan en los municipios de Madrid, San Fernando, Zaragoza y Ceuta.	1. INSS (Red Sanitaria de la S.S.)

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

PODRÁ UTILIZAR ESTE IMPRESO PARA:

- Los cambios de Entidad concertada que se soliciten durante el mes de enero de cada año.
- Los cambios de Entidad concertada, tanto para modalidades A como C, que se soliciten en periodo distinto al mes de enero (en este supuesto, se deberá aportar consentimiento escrito de ambas Entidades implicadas, excepto cuando se solicite la adscripción a la Red Sanitaria de la Seguridad Social, que se tramitará como cambio extraordinario).
- Los que se solicite adscripción a Sanidad Militar (con la conformidad del Director del Hospital ubicado en la provincia donde reside el interesado).
- Los cambios de la modalidad D a la C o viceversa (podrán solicitarse en cualquier momento).
- Los cambios de modalidad derivados del cese de la actividad asistencial de Hospitales de la Red Sanitaria Militar.

ADVERTENCIA: SE DEBERÁ UTILIZAR EL IMPRESO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN O VARIACIONES CUANDO:

- Se trate de solicitudes basadas en cambio oficial de residencia o nuevo destino que implique cambio de provincia.
- Haya variado alguno de los datos del titular y/ o de sus beneficiarios.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO

- 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 nuevo documento de afiliación, ni la notificación de la resolución dictada, se producirán los efectos del silencio administrativo que, en este caso, son los de estimación de la petición, pudiendo dirigirse en tal sentido ante la oficina del ISFAS que recibió la solicitud.

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.

INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Ejemplar para sellar y devolver al interesado (Artículo 42 y 70 de la Ley 30/92)

AB-1.2.2

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