

SOLICITUD

Número de Afiliación 28/7	DATOS DEL TITULAR		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	El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO		SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD	

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

- 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.
- Copia compulsada del señalamiento de pensión de Clases Pasivas del Estado o autorización del Anexo I debidamente cumplimentada.
- 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.
- 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.

DATOS PARA EL PAGO

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

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 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

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 28/7	DATOS DEL TITULAR		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	El que conste para el ISFAS	Calle y número	
	El que se indica a continuación	Código Postal y Localidad	Provincia
PENSIÓN POR INUTILIDAD PARA EL SERVICIO		SOLICITUD DE REVISIÓN DEL GRADO DE INCAPACIDAD	
INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> 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. Si el grado es de gran invalidez, se tiene derecho, junto a la pensión, a la prestación económica correspondiente. 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. 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. 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. 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. Pensión y prestación se abonarán por meses vencidos en doce mensualidades al año. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO			
<ul style="list-style-type: none"> El plazo para tramitar el procedimiento que esta solicitud inicia es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada. 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. 			
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS			
<ul style="list-style-type: none"> Los datos relativos a la prestación solicitada serán objeto de tratamiento por incorporarse al fichero automatizado del ISFAS que, regulado en la Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, del Ministerio de Defensa (BOE nº 149), se utiliza para la gestión del colectivo y de las prestaciones, 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, en materia tributaria del Ministerio de Economía y Hacienda o, en su caso, de las CCAA o de las Diputaciones Forales, así como a las Entidades Bancarias receptoras del abono de la prestación al interesado. 			



ANEXO I

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE SEÑALAMIENTO DE PENSIÓN

Nombre	Apellidos	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Y para que conste, en los términos y condiciones establecidos en los artículos 6.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y 10 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, lo firmo en:

Firma y fecha del interesado

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CORREO ELECTRÓNICO:

isfasprestaciones@oc.mde.es

C/ Huesca, 31 – 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98



MINISTERIO
DE DEFENSA



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 / / 0

Firma y fecha del interesado

CORREO ELECTRÓNICO:

C/ Huesca, 31 – 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98



MINISTERIO
DE DEFENSA



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

CORREO ELECTRÓNICO:

C/ Huesca, 31 – 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 - 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98