

**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 <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		N.I.F.
Apellidos	Nombre		Teléfono
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	Calle y Número		Provincia
	Código Postal y Localidad		
PENSIÓN DE RETIRO  FECHA DE RETIRO:			
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Para acreditar la identidad, fotocopia del DNI, o consentimiento firmado para su comprobación por el ISFAS a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. En el caso de presentación de solicitud por representante legal (incapaces) siempre autorización.</li> <li>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).</li> </ul>			
<b>DATOS PARA EL PAGO AL MUTUALISTA</b>			
<i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i>			
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
COD. IBAN	DATOS BANCO O CAJA	DATOS DE LA SUCURSAL	D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA
<b>DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:</b> - Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos.  Y <b>SOLICITO</b> 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)			
<b>INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>			

**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**

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 <b>28/7</b>	<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		N.I.F.
Apellidos	Nombre	Teléfono	
DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES	Calle y Número		Provincia
	Código Postal y Localidad		
PENSIÓN DE RETIRO  FECHA DE RETIRO:			
<b>INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa estas prestaciones el personal asociado a la AMBE, que permaneciera o estuviera en fecha posterior a 01.01.1962.</li> <li>• Es beneficiario el propio asociado, siempre que tenga cubierto un período de carencia de diez años</li> <li>• Se percibe en forma de capital por una sola vez.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE PROCEDIMIENTO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plazo para tramitar el procedimiento correspondiente a su solicitud es de seis meses, a contar desde la fecha arriba consignada.</li> <li>• 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.</li> </ul>			
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los datos relativos a la prestación solicitada serán incorporados al Fichero de Prestaciones del Fondo Especial (Mutuas Integradas) del ISFAS creado mediante Orden DEF/2437/2006, de 16 de julio, (BOD nº 178, de 27 de julio), para la gestión y abono de las prestaciones propias de las Mutuas Integradas, así como para fines estadísticos. El órgano responsable del fichero es el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, c/ Huesca, 31- 28020 Madrid. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaria General del ISFAS.</li> <li>• Los datos podrán ser cedidos a los Organismos con responsabilidad en materia tributaria de las Administraciones Públicas, respecto a la gestión del IRPF y a las Entidades Bancarias destinatarias del pago de la prestación al interesado.</li> </ul>			



### 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.



## ANEXO II

### 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](mailto:isfasprestaciones@oc.mde.es)

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