

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 | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS | Calle y número | | Provincia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación | Código Postal y Localidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de orden | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") | | | N.I.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> POR PRESCRIPCIÓN EN RECETA NO OFICIAL <input type="checkbox"/> POR ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO <input type="checkbox"/> POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL <input type="checkbox"/> OTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prescripción médica del facultativo de la modalidad asistencial a que esté adscrito el titular. Factura con constancia del medicamento dispensado, que tendrá que ser original y poseer todos los requisitos legales. Las facturas no serán devueltas, salvo en caso de desestimación de la solicitud. Si desea una copia sellada, deberá presentarse una fotocopia junto con el original. En caso de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, deberá aportarse además fotocopia de la documentación acreditativa de dicha circunstancia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS PARA EL PAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO AL TITULAR SOLICITANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Consígnese a continuación los datos de la cuenta o libreta de ahorros del titular solicitante.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COD. IBAN DATOS BANCO O CAJA DATOS DE LA SUCURSAL | | | D.G. Y NUMERO DE CUENTA O LIBRETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD: a) Que los datos a los que se refiere esta solicitud son ciertos. b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún Organismo Público ni de otro Régimen de Seguridad Social. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | <input type="checkbox"/> El que conste para el ISFAS | Calle y número | |
| | <input type="checkbox"/> El que se indica a continuación | Código Postal y Localidad | Provincia |
| DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN | | | |
| N° de orden | Apellidos y nombre (si fuese el propio titular indíquese "el mismo") | | N.I.F. |
| <input type="checkbox"/> POR PRESCRIPCIÓN EN RECETA NO OFICIAL <input type="checkbox"/> POR ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO <input type="checkbox"/> POR INEXISTENCIA EN EL MERCADO NACIONAL <input type="checkbox"/> OTROS | | | |
| INFORMACIÓN DE LA PRESTACIÓN | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> El reintegro será del importe abonado, menos la parte que, según medicamentos y circunstancias, deba correr a cargo del beneficiario. No podrá solicitarse reintegro si el medicamento está excluido de la financiación por el Sistema Nacional de Salud. | | | |
| 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 transferencia bancaria ni 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. | | | |