

# ALTA DE MUTUALISTA EN EJERCICIO DE DERECHO DE OPCIÓN (Disposición Final 6ª de la Ley 3/2017, de 27 de junio)

<b>NÚMERO DE AFILIACIÓN</b>	<b>REGISTRO DE PRESENTACIÓN</b>
<b>FECHA DE ALTA EN MUFACE</b>	<b>REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE</b>

## INSTRUCCIONES AL DORSO

## S O L I C I T U D

<b>1. DATOS PERSONALES</b>					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
D.N.I. / N.I.E.		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> V Varón <input type="checkbox"/> M Mujer	
Domicilio		Número, piso y letra	Municipio		Código postal
Provincia	País	Teléfonos		Correo electrónico	

<b>2. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN</b>			
<input type="checkbox"/> 1 Domicilio habitual	Domicilio		Número, piso y letra
<input type="checkbox"/> 2 Otro domicilio (detallar a continuación):			
Municipio	Código postal	Provincia	País

<b>3. DATOS PROFESIONALES</b>			
<b>CUERPO O ESCALA DE ORIGEN</b>	Nombre del Cuerpo		Código numérico del Cuerpo
	Situación administrativa: <input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria <input type="checkbox"/> OT Otra (indicar):		
<b>CUERPO O ESCALA ACTUAL</b>	Nombre del Cuerpo		Código numérico del Cuerpo
	Situación administrativa: <input type="checkbox"/> AC Servicio activo <input type="checkbox"/> TR Servicios en Comunidades Autónomas <input type="checkbox"/> VC Excedencia cuidado familiares <input type="checkbox"/> PR Suspensión provisional <input type="checkbox"/> JU Jubilación <input type="checkbox"/> SX Servicios especiales <input type="checkbox"/> PI En prácticas <input type="checkbox"/> EF Excedencia forzosa <input type="checkbox"/> FI Suspensión firme <input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria <input type="checkbox"/> PE Pérdida de la condición de funcionario <input type="checkbox"/> EU Servicios especiales transferencia derechos pasivos a la UE		
Ministerio o Comunidad Autónoma de destino		Municipio de destino	Provincia de destino

<b>4. ELECCIÓN DE ENTIDAD MÉDICA</b>			
Cumplimente este dato cuando no estuviese en alta en MUFACE y cuando, existiendo cambio de provincia, desee también cambiar de Entidad.	Entidad	Código	Fecha de alta en la Entidad

<b>5. DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA</b>			
<input type="checkbox"/> DNI			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la situación administrativa en el Cuerpo o Escala de origen			
<input type="checkbox"/> Acuerdo de toma de posesión en Cuerpo o Escala al que accedió por promoción interna			
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la situación administrativa actual en el Cuerpo o Escala al que promocionó			
<input type="checkbox"/>			

De conformidad con lo previsto en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre se informa que, con la recepción de la presente solicitud en cualquier registro de MUFACE se procede a la incoación de expediente administrativo en materia de afiliación que deberá ser resuelto en el plazo de un mes mediante resolución expresa, o mediante la emisión del correspondiente documento de afiliación, siendo estimatorios por silencio administrativo los efectos de la falta de resolución expresa en el citado plazo. Para obtener mayor información sobre el procedimiento a que da lugar su solicitud, podrá dirigirse al Servicio Provincial de Muface de su provincia de residencia o de su destino, si se encontrase en activo.

Para la resolución de este procedimiento, así como actualizar sus datos y gestionar en su caso los derechos y obligaciones derivados durante el tiempo que dure el alta en MUFACE, la Mutualidad podrá recabar, consultar o verificar los datos de identidad y residencia en la Plataforma de Intermediación de Datos (art.28.2 Ley 39/2015, de 1 de octubre), pudiendo manifestar su oposición expresa y justificadamente, tal como se indica en la cláusula de protección de datos que figura en este impreso.

<p>De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y con el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten mediante el presente formulario serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar su alta en el Régimen del Mutualismo Administrativo.</p> <p>Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 7, 8 y 9 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Sus datos personales serán cedidos a la AEAT en materia tributaria, a las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como al Ministerio de Sanidad y entidades prestadoras de la asistencia sanitaria. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como el resto de derechos en materia de protección de datos ante el responsable del tratamiento: el titular de la Secretaría General de MUFACE.</p> <p>Más información en: <a href="https://www.muface.es/protecciondedatos">https://www.muface.es/protecciondedatos</a>. El Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad <a href="https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contactedelegado-de-proteccion.html">https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contactedelegado-de-proteccion.html</a></p>	<p>LUGAR Y FECHA:</p> <p>FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)</p> <p>(Nombre, apellidos, DNI del/de la representante)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# INSTRUCCIONES

**No cumplimente los epígrafes sombreados, SALVO EL NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE cuando lo posea. En este caso, presente el Documento de Afiliación, por si procediera su actualización.**

- **DATOS PERSONALES**

- Cumpliméntelos con la mayor claridad para evitar errores de interpretación.

- **DATOS PROFESIONALES**

- El “Código numérico del Cuerpo” está constituido por las cuatro últimas cifras del Número de Registro Personal. Si lo desconoce, deje la casilla en blanco.
- Como “Ministerio de destino” en el periodo de prácticas consigne el que le corresponda, si ya lo tuviese asignado; en otro caso, indique el Ministerio del que dependa el centro de formación que organiza las prácticas.
- En el supuesto de destino en el extranjero, consigne el país en la casilla “Provincia de destino”.
- En el caso de destino ajeno a Ministerio o Comunidad Autónoma, consigne el Ministerio o Comunidad Autónoma del que dependa o con el que se relacione la Entidad en la que preste servicios.

- **CLASE DE SOLICITUD**

- Marque con X la cuadrícula correspondiente a su “Situación administrativa”. Tenga en cuenta que la situación de “Expectativa de destino” se asimila a “Servicio activo” y recuerde que si su situación es “En prácticas”, tan pronto como finalicen y obtenga destino deberá comunicar a MUFACE sus nuevos datos profesionales.

- **ENTIDAD MÉDICA ELEGIDA**

- Actúe tal como se indica en el propio epígrafe el impreso.
- Las Entidades médicas que puede elegir se publican en el “BOE” antes de la entrada en vigor de cada Concierto. En caso de duda, le informarán en MUFACE.
- Toda la información referida al Concierto de asistencia sanitaria se puede consultar en la página Web de MUFACE.

- **PRESENTACIÓN**

- Las solicitudes se dirigirán al Servicio Provincial de MUFACE u Oficina Delegada de adscripción, pudiendo presentarse en cualquiera de los registros u oficinas a los que alude el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
  - Con carácter general se considerará que el Servicio Provincial de adscripción vendrá determinado en función de la localidad de destino para los mutualistas en servicio activo y por la de residencia para aquellos que no se encuentren en tal situación. Los mutualistas destinados en el exterior quedarán adscritos a la Oficina Delegada para el Personal en el Exterior
  - En caso de cambio de destino o domicilio que origine cambio de unidad de MUFACE competente, DEBE DIRIGIRSE A LA CORRESPONDIENTE A SU NUEVO DESTINO O DOMICILIO.
- Debe tener en cuenta que la firma de la solicitud de Alta SUPONE la responsabilidad que de ello pueda derivarse en caso de inexactitud, y sin perjuicio de que MUFACE pueda solicitarle los documentos correspondientes para comprobar la certeza de los datos.

**MUY IMPORTANTE.- Es necesario que los mutualistas comuniquen a la Mutualidad las variaciones que se produzcan en sus datos personales y profesionales, por lo que pudiera afectar a su relación con el Mutualismo Administrativo.**