

SOLICITUD

CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA	
IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	
REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE	

DATOS DEL/DE LA TITULAR			
Número de afiliación		DNI/NIE	
Apellidos		Nombre	
Domicilio	Número, piso y letra	Municipio	Código postal
Provincia	Teléfono	Correo electrónico	

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN			
1 Domicilio habitual	Domicilio		Número, piso y letra
2 Otro domicilio (detallar a continuación):			
Municipio	Código postal	Provincia	País

CAMBIO QUE SE SOLICITA		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
Indique la Entidad a la que desea ser adscrito a efectos de asistencia sanitaria (de ser el Sistema Sanitario Público, haga constar "INSS") y, a continuación, marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes a la causa del cambio.		Siempre el que a continuación se indica, señalado con "X". Además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcando con "X" la cuadrícula correspondiente.
ENTIDAD MÉDICA ACTUAL:		☒ Documento de Afiliación actual.
ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO/A:		
CAUSAS DEL CAMBIO	☐ Cambio ordinario dentro del mes de enero.	
	☐ Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de elección de Entidad.	Ningún otro documento.
	☐ Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.	☐ Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.

Para las solicitudes de cambio extraordinario al INSS/Sistema Sanitario Público, por razones de asistencia médico-hospitalaria debe utilizarse el [modelo específico de solicitud](#).

OTROS DOCUMENTOS:	☐ ☐
-------------------	---

DECLARO expresamente: Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
--

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 adscripción de entidad prestadora de la asistencia sanitaria elegida por Vd. en el ámbito del Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 15, 16 y 17 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 entidad elegida para la prestación de la asistencia sanitaria, a las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como al Ministerio de Sanidad. 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 Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en: https://www.muface.es/protecciondedatos . Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html	LUGAR Y FECHA

RESOLUCIÓN	
Para todos los expedientes de cambio de Entidad, excepto los de cambio extraordinario por apertura de plazo especial de elección de Entidad.	
CONFORME Queda APROBADO el cambio de Entidad solicitado. Expídase nuevo Documento de Afiliación.	, a de de EL/LA
Para los expedientes de cambio extraordinario cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de Titulares afectados/as por el mismo problema de asistencia médica, la Dirección General de MUFACE haya acordado la apertura de plazo especial de elección.	
Visto el acuerdo de la Dirección General de MUFACE de fecha , por el que se establece un plazo especial de elección de Entidad, queda APROBADO el cambio solicitado. Expídase nuevo Documento de Afiliación.	, a de de EL/LA