

CAMBIO DE ENTIDADE MÉDICA	
IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVIZO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

DATOS DO TITULAR			
Número de afiliación		D.N.I./N.I.E.	
Apelidos		Nome	
Enderezo	Número, piso e letra	Concello	Código postal
Provincia	Teléfono	Enderezo electrónico	

DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN			
☐ 1	Enderezo habitual	Enderezo	Número, piso e letra
☐ 2	Outro enderezo (detallar a continuación):		
Concello	Código postal	Provincia	País

CAMBIO QUE SE SOLICITA		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<i>Indique a Entidade á que desexa ser adscrito a efectos de asistencia sanitaria (de ser o Sistema Sanitario Público, faga constar "INSS") e, a continuación, marque con "X" a cuadrícula ou cuadrículas correspondentes á causa do cambio.</i>		<i>Sempre o que a continuación se indica, sinalado con "X". Ademais, no seu caso, o que proceda según tipo de cambio, marcando con "X" a cuadrícula correspondente.</i>
ENTIDADE MÉDICA ACTUAL:		☒ Documento de Afiliación actual.
ENTIDADE Á QUE DESEXA SER ADSCRITO:		
CAUSAS DO CAMBIO	☐ Cambio ordinario dentro do mes de xaneiro.	Ningún outro documento.
	☐ Cambio extraordinario, por apertura de prazo especial de elección de Entidade.	Ningún outro documento.
	☐ Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, coa conformidade das dúas entidades afectadas.	☐ Escritos acreditativos da conformidade das dúas Entidades.
Para as solicitudes de cambio extraordinario ao INSS/Sistema Sanitario Público, por razóns de asistencia médico-hospitalaria debe utilizarse o modelo específico de solicitude .		

OUTROS DOCUMENTOS:	☐
	☐

Declaro expresamente: Que os datos facilitados nesta solicitude son certos.

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Reglamento Xeral de Protección de Datos Personais) e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Personais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos de carácter persoal que se faciliten mediante o presente formulario serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar a súa adscrición de entidade prestadora da asistencia sanitaria elixida por vostede no ámbito do Réxime do Mutualismo Administrativo. Este tratamento é necesario para o cumprimento da obriga legal establecida nos artigos 15, 16 y 17 do texto refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, do 23 de xuño). Os seus datos persoais serán cedidos á entidade elixida para a prestación da asistencia sanitaria, ás entidades xestoras da Seguridade Social, así como ao Ministerio de Sanidade. Pode exercer os dereitos de acceso,rectificación, supresión de datos, así como o resto de dereitos en materia de protección de datos ante o responsable do tratamento: o titular da Secretaría Xeral da MUFACE. Mais información: https://www.muface.es/protecciondedatos. O Delegado de Protección de Datos: https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html.	LUGAR E DATA SINATURA DO SOLICITANTE, o do seu representante debidamente acreditado (Art. 5 da Lei 39/2015, de 1 de outubro)
--	--

RESOLUCIÓN

Para todos os expedientes de cambio de Entidade, excepto os de cambio extraordinario por apertura de prazo especial de elección de Entidade.

CONFORME

Queda APROBADO o cambio de Entidade solicitado.
Expídase novo Documento de Afiliación.

O/A	, a	de	de
-----	-----	----	----

Para os expedientes de cambio extraordinario cando, por concurrir circunstancias obxectivas que xustifiquen o cambio dunha pluralidade de Titulares afectados polo mesmo problema de asistencia médica, a Dirección Xeral de MUFACE acorde a apertura de prazo especial de elección.

Visto o acordo da Dirección Xeral de MUFACE de data _____, polo que se establece un prazo especial de elección de Entidade, queda APROBADO o cambio solicitado. Expídase novo Documento de Afiliación.

	, a	de	de
O/A			

--

--

--