

# CAMBIO DE ENTIDADE MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVIZO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

## SOLICITUDE

### DATOS DO TITULAR

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

### DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN

<input type="checkbox"/> 1	Enderezo habitual	Enderezo	Número, piso e letra
<input type="checkbox"/> 2	Outro enderezo (detallar a continuación):		
Concello	Código postal	Provincia	País

### CAMBIO QUE SE SOLICITA

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

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.

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.

ENTIDADE MÉDICA ACTUAL:

ENTIDADE Á QUE DESEXA SER ADSCRITO:

Documento de Afiliación actual.

<b>CAUSAS DO CAMBIO</b>	<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro do mes de xaneiro.	Ningún outro documento.
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por apertura de prazo especial de elección de Entidade.	Ningún outro documento.
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, coa conformidade das dúas entidades afectadas.	<input type="checkbox"/> Escritos acreditativos da conformidade das dúas Entidades.
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario ao INSS/Sistema Sanitario Público, por razóns de asistencia médico-hospitalaria.	<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico do proceso patolóxico e razóns que aconsellan o seu tratamento nun centro do INSS/Sistema Sanitario Público.

OUTROS DOCUMENTOS:  .....  
 .....

DECLARO expresamente:

- Que os datos consignados nesta solicitude son certos.
- O meu compromiso de permanecer DOUS ANOS adscrito ao INSS/Sistema Sanitario Público a efectos de asistencia sanitaria (en caso de solicitude de cambio extraordinario a esta Entidade por razóns de asistencia médico-hospitalaria).

De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais) e co artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais 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, Servizos Sociais e Igualdade. 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 Mutualidade.

Antes de acceder ao formulario debe ler a seguinte información adicional sobre protección de datos persoais en: <http://www.muface.es/prottec-de-datos> Pode contactar co Delegado de Protección de Datos da Mutualidade na seguinte dirección de correo electrónico: DPDMuface@muface.es

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 ou ao INSS/Sistema Sanitario Público por razóns de asistencia médico-hospitalaria.*

**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.

O/A

, a de de

*Para os expedientes de cambio extraordinario ao INSS/Sistema Sanitario Público, por razóns de asistencia médico-hospitalaria, que deben ser remitidos previamente, con informe do Servizo se se estima conveniente, ao Departamento de Prestacións Sanitarias.*

INFORME DO ASESOR/A MÉDICO/A

O/A

, a de de