



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

## SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte / D.I ( UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica actual
Apellidos		Nombre		Teléfono
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia	País
<b>CAMBIO QUE SE SOLICITA</b>		<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>		
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.		Siempre el que a continuación se indica, señalado con <input checked="" type="checkbox"/> ; además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcando con "X" la cuadrícula correspondiente.		
ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO		<input checked="" type="checkbox"/> Documento de Afiliación actual.		
<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro del mes de enero.		Ningún otro documento.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por nuevo destino del Titular con traslado de provincia.		<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento administrativo acreditativo del traslado.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de Elección de Entidad.		Ningún otro documento.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.		<input type="checkbox"/> Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario al INSS, por razones de asistencia médico-hospitalaria.		<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y razones que aconsejan su tratamiento en un centro de la Seguridad Social.		
OTROS DOCUMENTOS: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....				
<b>DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN</b> (Rellene con <input checked="" type="checkbox"/> las opciones elegidas)				
A los efectos de la notificación, el interesado señala <b>como medio preferente</b> :				
<input type="checkbox"/> N.º de fax <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicio postal <input type="checkbox"/> Otros (indíquese) .....				
y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que la notificación se practique en lugar distinto al señalado en el apartado datos del titular):				
<input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio				
Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza):		Localidad	Código postal	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Provincia :	País	Teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DECLARO expresamente:				
a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.				
b) Mi compromiso de permanecer CINCO AÑOS adscrito al INSS a efectos de asistencia sanitaria (en caso de solicitud de cambio extraordinario a esta Entidad por razones de asistencia médico-hospitalaria).				
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art.32 de la LRJAP-PAC)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL</b> : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.				
<b>MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO</b>				

## RESOLUCIÓN

*Para todos los expedientes de cambio de Entidad, excepto los de cambio extraordinario por apertura de plazo especial de elección de Entidad o al INSS por razones de asistencia médico-hospitalaria.*

**CONFORME**

Queda APROBADO el cambio de Entidad solicitado.  
Expídase nuevo Documento de Afiliación.

EL /LA \_\_\_\_\_,a de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Para los expedientes de cambio extraordinario cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de Titulares afectados 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.

EL /LA \_\_\_\_\_,a de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Para los expedientes de cambio extraordinario al INSS, por razones de asistencia médico-hospitalaria, que deben ser remitidos previamente, con informe del Servicio si se estima conveniente, al Departamento de Prestaciones Sanitarias.*

INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A

EL /LA \_\_\_\_\_,a de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EJEMPLAR PARA MUFACE



# CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

## SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte / D.I ( UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>	Entidad médica actual
Apellidos		Nombre	Teléfono
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia País
<b>CAMBIO QUE SE SOLICITA</b>		<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>	
<i>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.</i>		<i>Siempre el que a continuación se indica, señalado con <input checked="" type="checkbox"/>; además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcado con "X" la cuadrícula correspondiente.</i>	
ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO		<input checked="" type="checkbox"/> Documento de Afiliación actual.	
<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro del mes de enero.		Ningún otro documento.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por nuevo destino del Titular con traslado de provincia.		<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento administrativo acreditativo del traslado.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de Elección de Entidad.		Ningún otro documento.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.		<input type="checkbox"/> Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario al INSS, por razones de asistencia médico-hospitalaria.		<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y razones que aconsejan su tratamiento en un centro de la Seguridad Social	
OTROS DOCUMENTOS: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			
<b>DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN</b> (Rellene con una <input checked="" type="checkbox"/> las opciones elegidas)			
A los efectos de la notificación, el interesado señala <b>como medio preferente</b> :			
<input type="checkbox"/> N.º de fax <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicio postal <input type="checkbox"/> Otros (indíquese)			
y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que la notificación se practique en lugar distinto al señalado en el apartado <i>datos del titular</i> ):			
<input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio			
Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza):		Localidad	Código postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Provincia :	País	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DECLARO expresamente:			
a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.			
b) Mi compromiso de permanecer CINCO AÑOS adscrito al INSS a efectos de asistencia sanitaria (en caso de solicitud de cambio extraordinario a esta Entidad por razones de asistencia médico-hospitalaria).			
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (art.32 de la LRJAP-PAC)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:</b> A los efectos señalados en el art.5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia , bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, del fichero automatizado de datos del colectivo cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión del mismo. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.			
<b>MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO</b>			

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER A INTERESADO