



CAMBIO DE ENTIDADE MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte / DI (UE)	DATOS DO/A TITULAR		Entidade médica actual
Apelidos		Nome		Teléfono
Domicilio		Código postal e localidade		Provincia País
CAMBIO QUE SE SOLICITA			DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGARSE	
<i>Indique a entidade á que desexa adscribirse para os efectos de asistencia sanitaria (se é o sistema sanitario público, faga constar "INSS") e, a continuación, marque cunha cruz "X" a cuadrícula ou cuadrículas correspondentes.</i>			<i>Sempre, o que a continuación se indica sinalado cunha cruz <input checked="" type="checkbox"/>; ademais, se é o caso, o que proceda segundo o tipo de cambio, marcando cunha cruz "X" a cuadrícula correspondente.</i>	
ENTIDADE Á QUE DESEXA ADSCRIBIRSE			<input checked="" type="checkbox"/> Documento de afiliación actual.	
<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro do mes de xaneiro.			Ningún outro documento.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por novo destino do/a titular con traslado de provincia.			<input type="checkbox"/> Fotocopia do documento administrativo que acredita o traslado.	
<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 que acreditan a conformidade das dúas entidades.	
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario ao INSS, por razóns de asistencia médico-hospitalaria.			<input type="checkbox"/> Informe médico co diagnóstico do proceso patolóxico e as razóns que aconsellan o seu tratamento nun centro da Seguridade Social.	
OUTROS DOCUMENTOS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN (Marque cunha cruz <input checked="" type="checkbox"/> as opcións elixidas)				
Para os efectos da notificación, o/a interesado/a sinala como medio preferente :				
<input type="checkbox"/> Núm. de fax <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicio postal <input type="checkbox"/> Outros (indíquese)				
e como segundo lugar de notificación (cúbrase soamente no caso de que desexe que se realice nun lugar distinto ao sinalado no apartado "datos do/a titular"):				
<input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio				
Domicilio da notificación (avda., rúa ou praza)		Localidade		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 os datos indicados nesta solicitude son certos.				
b) O meu compromiso de permanecer CINCO ANOS adscrito ao INSS para os efectos de asistencia sanitaria (no caso de solicitude de cambio extraordinario a esta entidade por razóns de asistencia médico-hospitalaria).				
LUGAR E DATA		SIGNATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 32 da Lei de réxime xurídico das administracións públicas e procedemento administrativo común (LRXAP-PAC)).		
PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: Para os efectos sinalados no art. 5.1 da Lei orgánica 15/1999, advírtese de que existen ficheiros automatizados de datos das prestacións e do colectivo, baixo a responsabilidade da Dirección Xeral de MUFACE. A finalidade e os destinatarios destes ficheiros correspóndense coa súa xestión. Así mesmo, infórmase da posibilidade de exercer os dereitos de acceso, de rectificación e de cancelación dos ditos datos.				
MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO				

EXEMPLAR PARA MUFACE

RESOLUCIÓN

Para todos os expedientes de cambio de entidade, agás os de cambio extraordinario por apertura de prazo especial de elección de entidade, ou ao INSS por razóns de asistencia médico-hospitalaria.

CONFORME

APRÓBASE o cambio de entidade solicitado.
Expídase o novo documento de afiliación.

, de de
O/A

Para os expedientes de cambio extraordinario cando, por concorrer circunstancias obxectivas que xustifiquen o cambio dunha pluralidade de titulares afectados/as polo mesmo problema de asistencia médica, a Dirección Xeral de MUFACE acordase a apertura dun prazo especial de elección.

Logo de ver o acordo da Dirección Xeral de MUFACE de data , polo que se establece un prazo especial de elección de entidade, **APRÓBASE** o cambio solicitado. Expídase o novo documento de afiliación.

, de de
O/A

Para os expedientes de cambio extraordinario ao INSS por razóns de asistencia médico-hospitalaria, que deben remitirse previamente co informe do servizo, se se estima conveniente, ao Departamento de Prestacións Sanitarias.

INFORME DO/A ASESOR/A MÉDICO/A

O/A , de de



CAMBIO DE ENTIDADE MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
SERVICIO PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte / DI (UE)	DATOS DO/A TITULAR		Entidade médica actual
Apelidos		Nome		Teléfono
Domicilio		Código postal e localidade		Provincia
				País
CAMBIO QUE SE SOLICITA		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGARSE		
Indique a entidade á que desexa adscribirse para os efectos de asistencia sanitaria (se é o sistema sanitario público, faga constar "INSS") e, a continuación, marque cunha cruz "X" a cuadrícula ou cuadrículas correspondentes.		Sempre, o que a continuación se indica sinalado cunha cruz <input checked="" type="checkbox"/> ; ademais, se é o caso, o que proceda segundo o tipo de cambio, marcando cunha cruz "X" a cuadrícula correspondente.		
ENTIDADE Á QUE DESEXA DESCRIBIRSE		<input checked="" type="checkbox"/> Documento de afiliación actual.		
<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro do mes de xaneiro.		Ningún outro documento.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por novo destino do/a titular con traslado de provincia.		<input type="checkbox"/> Fotocopia do documento administrativo que acredita o traslado.		
<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 que acreditan a conformidade das dúas entidades.		
<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario ao INSS, por razóns de asistencia médico-hospitalaria.		<input type="checkbox"/> Informe médico co diagnóstico do proceso patolóxico e as razóns que aconsellan o seu tratamento nun centro da Seguridade Social.		
OUTROS DOCUMENTOS: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN (Marque cunha cruz <input checked="" type="checkbox"/> as opcións elixidas)				
Para os efectos da notificación, o/a interesado/a sinala como medio preferente :				
<input type="checkbox"/> Núm. de fax <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Servicio postal <input type="checkbox"/> Outros (indíquese)				
e como segundo lugar de notificación (cúbrase soamente no caso de que desexe que se realice nun lugar distinto ao sinalado no apartado "datos do/a titular"):				
<input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Outro domicilio				
Domicilio da notificación (avda., rúa ou praza)		Localidade		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 os datos indicados nesta solicitude son certos.				
b) O meu compromiso de permanecer CINCO ANOS adscrito ao INSS para os efectos de asistencia sanitaria (no caso de solicitude de cambio extraordinario a esta entidade por razóns de asistencia médico-hospitalaria).				
LUGAR E DATA		SIGNATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (art. 32 da Lei de réxime xurídico das administracións públicas e procedemento administrativo común (LRXAP-PAC)).		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: Para os efectos sinalados no art. 5.1 da Lei orgánica 15/1999, advírtese de que existen ficheiros automatizados de datos das prestacións e do colectivo, baixo a responsabilidade da Dirección Xeral de MUFACE. A finalidade e os destinatarios destes ficheiros correspóndense coa súa xestión. Así mesmo, infórmase da posibilidade de exercer os dereitos de acceso, de rectificación e de cancelación dos ditos datos.				
MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO				

EXEMPLAR PARA SELAR Y DEVOLVERLE AO/A INTERESADO/A