

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

<b>AFILIACIÓN, VARIACIONES Y BAJA DE MUTUALISTAS</b>	
NÚMERO DE AFILIACIÓN <input type="text"/>	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
FECHA DE ALTA EN MUFACE	
FECHA DE BAJA EN MUFACE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

**S O L I C I T U D**

<b>1. DATOS PERSONALES</b>					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
D.N.I. / N.I.E.		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> V Varón <input type="checkbox"/> M Mujer	
Domicilio		Número, piso y letra	Municipio	Código postal	
Provincia	País	Teléfonos	Correo electrónico		

<b>2. DATOS PROFESIONALES</b> Indique el Régimen de Seguridad Social a efectos de pensiones: <input type="checkbox"/> 1 Régimen General <input type="checkbox"/> 2 Clases Pasivas					
Cuerpo				Código numérico del Cuerpo	
Ministerio o Comunidad Autónoma de destino			Municipio de destino	Provincia de destino	

<b>3. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN</b>					
<input type="checkbox"/> 1 Domicilio habitual		Domicilio		Número, piso y letra	
<input type="checkbox"/> 2 Otro domicilio (detallar a continuación):					
Municipio	Código postal	Provincia		País	

<b>4. CLASE DE SOLICITUD</b>					
<input type="checkbox"/> <b>AFILIACIÓN OBLIGATORIA</b>	Situación administrativa <input type="checkbox"/> AC Servicio activo <input type="checkbox"/> TR Servicios en Comunidades Autónomas <input type="checkbox"/> VC Excedencia cuidado familiares <input type="checkbox"/> PR Suspensión provisional <input type="checkbox"/> JU Jubilación <input type="checkbox"/> SX Servicios especiales <input type="checkbox"/> PI En prácticas <input type="checkbox"/> EF Excedencia forzosa <input type="checkbox"/> FI Suspensión firme				
<input type="checkbox"/> <b>AFILIACIÓN VOLUNTARIA</b>	Situación administrativa <input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria <input type="checkbox"/> PE Pérdida de la condición de funcionario <input type="checkbox"/> EU Servicios especiales transferencia derechos pasivos a la UE				
<input type="checkbox"/> <b>VARIACIÓN DE DATOS</b>	Tipo de variación..... <input type="checkbox"/> Sin cambio de provincia <input type="checkbox"/> Con cambio de provincia				
<input type="checkbox"/> <b>BAJA</b>	Causa de la baja <input type="checkbox"/> 1 Renuncia, siendo mutualista voluntario <input type="checkbox"/> 5 Pérdida de la condición de funcionario (sin optar por la afiliación voluntaria) <input type="checkbox"/> 9 Por pase a otro Régimen <input type="checkbox"/> 4 Excedencia voluntaria (sin optar por la afiliación voluntaria) <input type="checkbox"/> 8 Unión Europea u otra Organización Internacional <input type="checkbox"/> 0 Otros.....				

<b>5. ELECCIÓN DE ENTIDAD MÉDICA</b>			
<i>Cumplimente este dato cuando no estuviere en alta en MUFACE y cuando, existiendo cambio de provincia, desee también cambiar de Entidad.</i>			
Entidad	Código	Fecha de alta en la Entidad	

<b>6. DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA</b>	
Afiliación obligatoria inicial:	<input type="checkbox"/> Certificación de su Unidad de Personal acreditativa del Cuerpo, fecha de la toma de posesión, situación administrativa y destino; o en su defecto, documento del nombramiento como funcionario en prácticas o de la toma de posesión.
Otros supuestos de Afiliación obligatoria:	<input type="checkbox"/> En todo caso, documento administrativo que refleje la variación. <input type="checkbox"/> En caso de que no vaya a percibir retribuciones por una Habilitación, impreso de domiciliación bancaria para el abono de la cuota a la Mutualidad.
Afiliación voluntaria:	<input type="checkbox"/> En todo caso, documento administrativo que acredite la situación alegada. <input type="checkbox"/> Impreso de domiciliación bancaria (SEPA) para el abono de la cuota a la Mutualidad.
Baja:	<input type="checkbox"/> En su caso, del documento administrativo que acredite la causa alegada. <input type="checkbox"/> En todo caso, el documento de afiliación del mutualista, de beneficiarios y talonarios de recetas.
Otros documentos / hechos (de aportación voluntaria):	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....

De conformidad con lo previsto en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre se informa que, con la recepción de la presente solicitud en cualquier registro de MUFACE se procede a la incoación de expediente administrativo en materia de afiliación que deberá ser resuelto en el plazo de un mes mediante resolución expresa, o mediante la emisión del correspondiente documento de afiliación, siendo estimatorios por silencio administrativo los efectos de la falta de resolución expresa en el citado plazo. Para obtener mayor información sobre el procedimiento a que da lugar su solicitud, podrá dirigirse al Servicio Provincial de Muface de su provincia de residencia o de su destino, si se encontrase en activo.

Doy mi consentimiento para que MUFACE recabe electrónicamente mis datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos. Sí

En caso contrario deberá adjuntar documentación acreditativa

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 afiliación, variación de datos y baja en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 7, 8 y 9 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 AEAT en materia tributaria, a las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad y entidades prestadoras de la asistencia sanitaria. 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 la Secretaría General de la Mutualidad. Antes de acceder al formulario debe leer la siguiente información adicional sobre protección de datos personales en: <a href="http://www.muface.es/protecciondedatos">http://www.muface.es/protecciondedatos</a> . Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad en la siguiente dirección de correo electrónico: DPD@muface.es	LUGAR Y FECHA:  FIRMA DEL / DE LA SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)  (Nombre, apellidos y DNI del / de la representante)
--	--

# INSTRUCCIONES

**No cumplimente los epígrafes sombreados, SALVO EL NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE cuando lo posea. En este caso, presente el Documento de Afiliación, por si procediera su actualización.**

## DATOS PERSONALES

- Cumpliméntelos con la mayor claridad para evitar errores de interpretación.

## DATOS PROFESIONALES

- El “Código numérico del Cuerpo” está constituido por las cuatro últimas cifras del Número de Registro Personal. Si lo desconoce, deje la casilla en blanco.
- Como “Ministerio de destino” en el periodo de prácticas consigne el que le corresponda, si ya lo tuviese asignado; en otro caso, indique el Ministerio del que dependa el centro de formación que organiza las prácticas.
- En el supuesto de destino en el extranjero, consigne el país en la casilla “Provincia de destino”.
- En el caso de destino ajeno a Ministerio o Comunidad Autónoma, consigne el Ministerio o Comunidad Autónoma del que dependa o con el que se relacione la Entidad en la que preste servicios.
- En el caso de que no se encuentre en servicio activo no deberá rellenar los datos relativos a Ministerio o CC.AA, municipio y provincia de destino.

## CLASE DE SOLICITUD

- En los siguientes epígrafes del impreso debe señalar el que corresponda a su situación administrativa en el momento de la solicitud:

### AFILIACIÓN OBLIGATORIA

- Marque con X la cuadrícula correspondiente a su “Situación administrativa”. Tenga en cuenta que la situación de “Expectativa de destino” se asimila a “Servicio activo” y recuerde que si su situación es “En prácticas”, tan pronto como finalicen y obtenga destino deberá comunicar a MUFACE sus nuevos datos profesionales.
- En caso de AFILIACIÓN INICIAL, deberá acreditar el régimen de Seguridad Social en que queda encuadrado a efectos de pensiones.

### AFILIACIÓN VOLUNTARIA

- Marque con X la cuadrícula correspondiente a su “Situación administrativa”. Tenga en cuenta que la “Excedencia voluntaria incentivada” es a estos fines igual que las restantes excedencias voluntarias.
- ACOMPAÑE documento administrativo que acredite la situación alegada. En caso de “Excedencia voluntaria”, “Pérdida de la condición de funcionario”, o del ejercicio del derecho de transferencia de pensión a la U.E., también debe cumplimentar el impreso para la domiciliación bancaria de su cuota.

### VARIACIÓN DE DATOS

- Cumplimente únicamente los campos referidos a sus apellidos, nombre y DNI, así como el/los dato/s a modificar y el campo “Tipo de variación” con la modificación que desee realizar.

### BAJA

- Marque con X la cuadrícula correspondiente.
- Téngase en cuenta que deberá proceder a la devolución del Documento de Afiliación, talonarios de recetas y tarjetas de asistencia médica de la Entidad en todos los casos.

## ENTIDAD MÉDICA ELEGIDA

- Actúe tal como se indica en el propio epígrafe el impreso.
- Las Entidades médicas que puede elegir se publican en el “BOE” antes de la entrada en vigor de cada Concierto. En caso de duda, le informarán en MUFACE.
- Toda la información referida al Concierto de asistencia sanitaria se puede consultar en la página Web de MUFACE.

## PRESENTACIÓN

- Las solicitudes se presentarán ante la sede del Servicio Provincial de MUFACE u Oficina Delegada de adscripción o en cualquiera de las oficinas o registros a los que alude el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, en los términos previstos por dicho precepto.
- Con carácter general se considerará que el Servicio Provincial de adscripción vendrá determinado en función de la localidad de destino para los mutualistas en servicio activo y por la de residencia para aquellos que no se encuentren en tal situación. Los mutualistas destinados en el exterior quedarán adscritos a la Oficina Delegada para el Personal en el Exterior
- En caso de cambio de destino o domicilio que origine cambio de unidad de MUFACE competente, DEBE DIRIGIRSE A LA CORRESPONDIENTE A SU NUEVO DESTINO O DOMICILIO.
- Debe tener en cuenta que la firma de la solicitud de Alta SUPONE la responsabilidad que de ello pueda derivarse en caso de inexactitud, y sin perjuicio de que MUFACE pueda solicitarle los documentos correspondientes para comprobar la certeza de los datos.

**MUY IMPORTANTE.- Es necesario que los mutualistas comuniquen a la Mutualidad las variaciones que se produzcan en sus datos personales y profesionales, por lo que pudiera afectar a su relación con el Mutualismo Administrativo.**