



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA



# 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.	
Apelidos		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.

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 (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. 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](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.

O/A

, a de de