

INSTRUCCIONS AL DORS

ALTA, VARIACIÓ I BAIXA DE BENEFICIARIS

NÚMERO D'AFILIACIÓ

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

DATA D'ALTA A MUFACE

DATA DE BAIXA A MUFACE

REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

S O L · L I C I T U D

1. DADES PERSONALS DEL TITULAR SOL-LICITANT					
Primer cognom		Segon cognom		Nom	
DNI / NIE		Data de naixement		Sexe <input type="checkbox"/> H Home <input type="checkbox"/> D Dona	
Domicili		Número, pis i lletra	Municipi		Codi postal
Província	País	Telèfons	Correu electrònic		
2. DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ					
<input type="checkbox"/> 1	Domicili habitual	Domicili		Número, pis i lletra	
<input type="checkbox"/> 2	Altres domicilis (detalleu a continuació):				
Municipi		Codi postal	Província		País
3. DADES DE LA SOL-LICITUD (Empleneu l'apartat que procedeixi)					
3.1. <input type="checkbox"/> ALTA DE BENEFICIARIS					
1	Relació amb el mutualista	Data de naixement	Cognoms	Nom	DNI / NIE
	Dades de l'altre progenitor: <i>Empleneu aquesta fila quan sol·liciteu l'alta de fills</i>		Cognoms	Nom	DNI / NIE / Passaport
2	Relació amb el mutualista	Data de naixement	Cognoms	Nom	DNI / NIE
	Dades de l'altre progenitor: <i>Empleneu aquesta fila quan sol·liciteu l'alta de fills</i>		Cognoms	Nom	DNI / NIE / Passaport
3	Relació amb el mutualista	Data de naixement	Cognoms	Nom	DNI / NIE
	Dades de l'altre progenitor: <i>Empleneu aquesta fila quan sol·liciteu l'alta de fills</i>		Cognoms	Nom	DNI / NIE / Passaport
4	Relació amb el mutualista	Data de naixement	Cognoms	Nom	DNI / NIE
	Dades de l'altre progenitor: <i>Empleneu aquesta fila quan sol·liciteu l'alta de fills</i>		Cognoms	Nom	DNI / NIE / Passaport
3.2. <input type="checkbox"/> VARIACIÓ DE DADES (vàlid tant per a beneficiaris, com per a titulars no mutualistes)					
N. d'ordre	Cognoms	Nom	Relació amb el mutualista	Data de naixement	DNI / NIE
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
3.3. <input type="checkbox"/> BAIXA DE BENEFICIARIS					
N. d'ordre	Cognoms		Nom		Relació amb el mutualista
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
3.4. <input type="checkbox"/> AFILIACIÓ COM A TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiari amb document assimilat al d'afiliació)					
Causa del dret:				Entitat mèdica escollida	
<input type="checkbox"/> VI	Viduitat	<input type="checkbox"/> DI	Divorci, nul·litat de matrimoni o separació judicial		
<input type="checkbox"/> OR	Orfandat	<input type="checkbox"/> CO	Convivència de fill de mutualista amb cònjuge o ex cònjuge no mutualista		
Cognoms i nom del mutualista o funcionari del que deriva el dret				Núm. d'afiliació a MUFACE d'aquest, si s'escau	

INDISPENSABLE SIGNAR L'IMPRES →

**DECLARACIÓ NÚM. 1
ALTA COM A BENEFICIARIS**

Declaro sota la meua responsabilitat, a l'efecte de la seva inclusió com a beneficiaris en el Règim del Mutualisme Administratiu, que cadascuna de les persones, les dades de les quals es consignen:

- Viuen amb mi i a las meves expenses.
- No exerceixen professió o treball remunerat, ni perceben renda patrimonial, ni pensió superiors al doble de l'Indicador Públic de Renda d'Efectes Múltiples (IPREM).
- No figuren com a titulars ni com a beneficiaris en cap altre document que acrediti el dret a rebre assistència sanitària en el Règim gestionat per MUFACE, en qualsevol altre dels Règims del Sistema de la Seguretat Social o a càrrec del Sistema Nacional de Salut, ni adscrits a una mutualitat de previsió social d'un Col·legi Professional.

Així mateix, conec la meua obligació de comunicar qualsevol circumstància que modifiqui l'anterior declaració.

DECLARACIÓ NÚM. 2

ALTA COM A TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiari amb document assimilat al d'afiliació).

Declaro sota la meua responsabilitat, a l'efecte del reconeixement de la meua condició de beneficiari, amb document assimilat al d'afiliació, en el Règim del Mutualisme Administratiu, que:

- No figuro com a titular o beneficiari en cap altre document que acrediti el dret a rebre l'assistència sanitària en el règim gestionat per MUFACE, en qualsevol dels Règims del Sistema de la Seguretat Social o a càrrec del Sistema Nacional de Salut, ni em trobo adscrit a cap mutualitat de previsió social de Col·legi Professional.
- No he contret matrimoni, ni convisc en anàloga relació d'afectivitat a la de cònjuge amb la inscripció corresponent.

Així mateix, conec la meua obligació de comunicar qualsevol circumstància que modifiqui l'anterior declaració.

FETS AL·LEGATS / DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA A AQUESTA SOL·LICITUD:

-
-
-
-
-

De conformitat amb el que preveu l'article 21.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre us informem que, amb la recepció d'aquesta sol·licitud en qualsevol registre de MUFACE es procedeix a la incoació d'expedient administratiu en matèria d'afiliació que s'ha de resoldre en el termini d'un mes mitjançant resolució expressa, o mitjançant l'emissió del corresponent document d'afiliació, sent estimatoris per silenci administratiu els efectes de la falta de resolució expressa en el citat termini. Per a obtenir més informació sobre el procediment a què dona lloc la vostra sol·licitud, podreu dirigir-vos al Servei Provincial de Muface de la vostra província de residència o de la vostra destinació, si us trobéssiu en actiu.

Dono el meu consentiment perquè MUFACE recapti electrònicament les dades d'identitat i residència dels meus beneficiaris a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades. Sí

En cas contrari haureu d'aportar documentació justificativa.

D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679, del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals) i amb l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades de caràcter personal que es facilitin mitjançant aquest formulari seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar l'alta, baixa i variació de dades dels seus beneficiaris en el Règim del Mutualisme Administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 15 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat pel Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Les vostres dades personals seran cedides a l'AEAT en matèria tributària, a les entitats gestores de la Seguretat Social, així com al Ministeri de Sanitat, Serveis socials i Igualtat i entitats prestadores de l'assistència sanitària. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió de dades, així com la resta de drets en matèria de protecció de dades davant el responsable del tractament: el titular de la Secretaria General de la Mutualitat.

Abans d'accedir al formulari heu de llegir la següent informació addicional sobre protecció de dades personals en: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Podeu contactar amb el Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat a la següent direcció de correu electrònic: DPDMuface@muface.es

LLOC I DATA:

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre)

(Nom, cognoms, DNI del representant)

LLOC I DATA:

De conformitat amb el que preveu l'article 95.1.k) de la Llei 58/2003, de 17 de desembre, General Tributària, dono la meua autorització a MUFACE perquè procedeixi a recaptar electrònicament de l'Agència Estatal de l'Administració Tributària la informació relativa al nivell de rendes, a l'efecte de la meua alta com a beneficiari/a.

SIGNATURA DEL/DE LA BENEFICIARI/A, o de seu representant

(Nom, cognoms, DNI del representant)

I N S T R U C C I O N S

No empleneu els epígrafs ombrejats, EXCEPTE EL NÚMERO D'AFILIACIÓ A MUFACE, quan el tingueu.

• DADES PERSONALS DEL MUTUALISTA

- Empleneu-les sempre, i amb la major claredat possible per evitar errors d'interpretació.

• ALTA DE BENEFICIARIS

- EL MUTUALISTA POT INCLOURE en el seu Document de Beneficiaris al seu cònjuge i als seus fills, així com als familiars o assimilats relacionats en l'article 15.1 del Reglament General del Mutualisme Administratiu (en cas necessari, consulteu a MUFACE sobre aquesta última possibilitat).
- En el cas de fills i altres familiars o assimilats de dos o més mutualistes, s'ha d'OPTAR per la seva inclusió en UN dels Documents de Beneficiaris.
- Els REQUISITS INDISPENSABLES per a la inclusió de beneficiaris són els que es recullen en les lletres a), b) i c) de la Declaració núm. 1 que figura en la sol·licitud.
- ACOMPANYEU la següent DOCUMENTACIÓ:
 - a) **DNI** en vigor del mutualista i del beneficiari sobre el qual es sol·licita l'actuació. **Si el beneficiari no tingués la nacionalitat espanyola**, el NIE, acompanyat de:
 - 1º **Certificat d'inscripció en el Registre Central d'Estrangers** per als ciutadans dels Estats membres de la Unió Europea, d'altres Estats part en l'Acord sobre l'Espai Econòmic Europeu o de Suïssa.
 - 2º **Targeta de residència de familiar de ciutadà de la Unió Europea** per als familiars de ciutadans dels Estats membres de la Unió Europea, d'altres Estats part en l'Acord sobre l'Espai Econòmic Europeu o de Suïssa.
 - 3º Per a la resta de persones que no tinguin nacionalitat espanyola (no incloses en els epígrafs anteriors), **Targeta d'Identitat d'Estranger** que acrediti la titularitat d'una autorització per a residir en Espanya o, en cas de no tenir obligació d'obtenir aquesta Targeta, **l'autorització per a residir en Espanya** en què consti el corresponent Número d'Identitat d'Estranger.
 - 4º Si no us trobeu en cap dels casos anteriors, **passaport en vigor**.
 - b) **Certificat d'empadronament**, expedit per l'autoritat competent del municipi de residència del titular.
 - c) En el cas d'aquelles persones que no tinguin nacionalitat espanyola i no siguin contribuents de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques, **certificat expedit per l'administració tributària de l'Estat** en la què hagin tingut la seva última residència, acreditatiu de no superar el límit d'ingressos previst en l'article 15.2.b) del Reglament General del Mutualisme Administratiu, per un impost equivalent a l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques.
 - d) **Certificat emès per la institució competent en matèria de Seguretat Social o d'assistència sanitària del país de procedència** del beneficiari, acreditatiu de que no procedeix l'exportació del dret a la prestació d'assistència sanitària en Espanya.

Únicament serà necessari acompanyar els documents indicats en els apartats a) i b) quan s'hagi manifestat disconformitat amb que sigui MUFACE qui recapti electrònicament aquesta informació a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades.

A més dels documents previstos en els paràgrafs anteriors, la sol·licitud de reconeixement de la condició de persona beneficiària anirà acompanyada, segons els casos, de la següent documentació:

1. Cònjuge: Llibre de família o certificat de la inscripció del matrimoni per a acreditar la condició de cònjuge del mutualista.
2. Parella de fet: Certificació de la inscripció en algun dels registres públics existents o, en el seu defecte, el document públic corresponent per a acreditar l'existència d'una parella de fet.
3. Ex cònjuge: Document acreditatiu de la condició d'ex cònjuge o de separat judicialment del mutualista, així com el del seu dret a percebre una pensió compensatòria per part d'aquest últim.
4. Ascendents, descendents i germans: Llibre de família o certificat de naixement per a acreditar la condició de:
 - Ascendents del mutualista, del seu cònjuge, o ex cònjuge a càrrec.
 - Descendents del mutualista, del seu cònjuge o del seu ex cònjuge, així com de fills de la parella de fet.
 - Germà o germana del mutualista.
5. Tutelats i acollits: Document acreditatiu de la tutela o del acolliment acordat per l'autoritat competent per a acreditar la condició de menor tutelat o acollit legalment pel mutualista, pel seu cònjuge, ex cònjuge a càrrec o parella de fet. Resolució de la declaració de desemparament en el cas de menors subjectes a tutela administrativa.

Respecte dels fills menors d'edat, cal tenir en compte que la titularitat de la pàtria potestat és conseqüència legal de la relació paternofamiliar, i el seu exercici correspon, amb caràcter general, conjuntament a ambdós progenitors, comprenent una sèrie d'obligacions i facultats, entre les quals es troba la de representació dels menors. Per la qual cosa, **llevat que existeixi una resolució judicial que limiti o suspengui el seu exercici a algun progenitor, es presumeix que, en tot cas, s'exerceix conjuntament o per un de sol d'ells amb el consentiment exprés o tàcit de l'altre**, sent vàlids els actes que realitzi un d'ells conforme a l'ús social i a les circumstàncies o en situacions d'urgent necessitat.

De conformitat amb el que estableix l'article 20.2 del Reglament General del Mutualisme Administratiu, i quan així s'estimi necessari d'acord amb el contingut de la sol·licitud d'afiliació formulada, es pot requerir l'aportació de documentació addicional, a fi de verificar les dades consignades: Certificació de l'Impost sobre la Renda de les Persones Físiques o, si no, del Nivell de Renda (llevat que l'interessat presti el seu consentiment perquè les seves dades tributàries puguin ser consultades directament per la Mutualitat a l'AEAT), certificat d'afiliació a mutualitat de previsió social de Col·legi Professional, Fe de vida i estat, etc.

• VARIACIÓ DE DADES

- CONSIGNEU EL «NÚM. D'ORDRE» que en el Document de Beneficiaris tingui assignada la persona, les dades de la qual es desitja variar. Si aquest número no arriba a 10, tingueu en compte que heu de consignar un 0 a la primera casella.
- A continuació, a la columna corresponent consigneu ÚNICAMENT la NOVA DADA que ha de ser anotada en substitució de l'anterior. No obstant això, si es tracta d'error en UN COGNOM, consigneu ELS DOS de nou.
- Tingueu en compte que la VARIACIÓ DE DADES només s'utilitza per a RECTIFICAR ERRORS d'un beneficiari ja inclòs en el document i que continuarà en el mateix.

• BAIXA DE BENEFICIARIS

- Empleneu TOTES les dades indicades. Pel que fa al «Núm. d'ordre», tingueu en compte l'assenyalat en el primer paràgraf de l'apartat precedent. No s'ha d'acompanyar cap document justificatiu.
- Els beneficiaris PERDEN la seva condició quan deixen de complir ALGUN REQUISIT dels assenyalats com a indispensables i també quan el mutualista del que deriva el seu dret deixa de ser-ho, excepte en el cas de la seva mort, en el qual els vidus i orfes poden mantenir-ho (adreceu-vos a MUFACE per a això).

• AFILIACIÓ COM A TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiari amb document assimilat al d'afiliació).

- Marqueu amb X la quadrícula que aculli la causa del vostre dret, tenint en compte les limitacions que s'indiquen a continuació.
- EL TITULAR NO MUTUALISTA per viduïtat o per divorci, nul·litat de matrimoni o separació judicial, HA D'INCLOURE en el seu Document de Beneficiaris, als fills del mutualista amb dret a aquesta condició, sempre que conviuen amb ell. Si ja figuraven com a beneficiaris en el Document del mutualista origen del dret, NO cal ACOMPANYAR cap DOCUMENT justificatiu. En un altre supòsit, acompanyeu els documents assenyalats per als fills en l'apartat relatiu a l'alta de beneficiaris.
- Els REQUISITS per a l'accés a la condició de titular no mutualista són els que es recullen a les lletres a) i b) de la Declaració núm. 2 que figura a la sol·licitud.
- En aquests supòsits s'haurà d'aportar la següent DOCUMENTACIÓ:
 - a) Llibre de Família en que consti la defunció o certificació del Registre Civil acreditativa d'aquella.
 - b) En el cas de vidus i orfes de mutualistes que figurin en el seu Document de Beneficiaris: aquest Document, el d'Afiliació del mutualista mort, juntament amb els talonaris de receptes i targetes d'assistència sanitària. A la resta de casos, MUFACE us informará dels documents precisos segons la vostra situació concreta.
- Heu de tenir en compte que la signatura de la sol·licitud d'Alta SUPOSA LA SIGNATURA DE LA DECLARACIÓ, amb la responsabilitat que d'això es pugui derivar en cas d'inexactitud, i sense perjudici de que MUFACE us pugui sol·licitar els documents corresponents per a comprovar la certesa de la declaració.

MOLT IMPORTANT: Comuniqueu ràpidament a MUFACE (abans de transcórrer un mes), bé mitjançant aquest imprès o bé mitjançant escrit simple enviat per correu, tota variació que motivi la baixa d'un beneficiari, altrament, les prestacions que s'hagin pogut rebre per sobre del citat període seran considerades, excepte per causa justificada, com indegudes.

Així mateix, us informem que podreu sol·licitar la reactivació de l'alta de beneficiaris, així com comunicar la seva baixa, a través de la seu electrònica de MUFACE, que exigeix DNIE o certificat electrònic.