



EXPEDIENTE DE CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| SERVICIO PROVINCIAL | REGISTRO DE PRESENTACIÓN |
| OFICINA DELEGADA | |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE ENTRADA |

SOLICITUD

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Número de afiliación | NIF/ Pasaporte / D.I ((UE) | DATOS DEL TITULAR | Entidad médica actual |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|

| | | |
|-----------|--------|----------|
| Apellidos | Nombre | Teléfono |
|-----------|--------|----------|

| | | | |
|-----------|---------------------------|-----------|------|
| Domicilio | Código postal y localidad | Provincia | País |
|-----------|---------------------------|-----------|------|

| | |
|-------------------------------|---|
| CAMBIO QUE SE SOLICITA | DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE |
|-------------------------------|---|

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 ; además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcando con "X" la cuadrícula correspondiente.

ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO

Documento de Afiliación actual.

Cambio ordinario dentro del mes de enero.

Ningún otro documento.

Cambio extraordinario, por nuevo destino del Titular con traslado de provincia.

Fotocopia del documento administrativo acreditativo del traslado.

Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de Elección de Entidad.

Ningún otro documento.

Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.

Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.

Cambio extraordinario al INSS, por razones de asistencia médico-hospitalaria.

Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y razones que aconsejan su tratamiento en un centro de la Seguridad Social.

OTROS DOCUMENTOS:

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con las opciones elegidas)

A los efectos de la notificación, el interesado señala **como medio preferente** :

N.º de fax Servicio postal 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):

Domicilio particular Domicilio laboral Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza): Localidad Código postal

Provincia: País Teléfono

DECLARO expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- 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)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL : 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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

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



EXPEDIENTE DECAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| SERVICIO PROVINCIAL | REGISTRO DE PRESENTACIÓN |
| OFICINA DELEGADA | |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE | REGISTRO DE ENTRADA |

SOLICITUD

| | | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Número de afiliación | NIF/ Pasaporte / D.I (UE) | DATOS DEL TITULAR | Entidad médica actual |
|----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|

| | | |
|-----------|--------|----------|
| Apellidos | Nombre | Teléfono |
|-----------|--------|----------|

| | | | |
|-----------|---------------------------|-----------|------|
| Domicilio | Código postal y localidad | Provincia | País |
|-----------|---------------------------|-----------|------|

| | |
|-------------------------------|---|
| CAMBIO QUE SE SOLICITA | DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE |
|-------------------------------|---|

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 ; además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcado con "X" la cuadrícula correspondiente.

ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO

Documento de Afiliación actual.

Cambio ordinario dentro del mes de enero.

Ningún otro documento.

Cambio extraordinario, por nuevo destino del Titular con traslado de provincia.

Fotocopia del documento administrativo acreditativo del traslado.

Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de Elección de Entidad.

Ningún otro documento.

Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.

Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.

Cambio extraordinario al INSS, por razones de asistencia médico-hospitalaria.

Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y razones que aconsejan su tratamiento en un centro de la Seguridad Social

OTROS DOCUMENTOS:

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con una las opciones elegidas)

A los efectos de la notificación, el interesado señala **como medio preferente** :

N.º de fax Servicio postal 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):

Domicilio particular Domicilio laboral Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza):

Localidad

Código postal

Provincia :

País

Teléfono

DECLARO expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- 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)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: 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.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO