

CANVI D'ENTITAT MÈDICA

IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	
REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE	

SOL·LICITUD

DADES DEL TITULAR

Número d'afiliació		DNI/NIE	
Cognoms		Nom	
Domicili	Número, pis i lletra	Municipi	Codi postal
Província	Telèfon	Correu electrònic	

DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ

<input type="checkbox"/> 1 Domicili habitual	Domicili	Número, pis i lletra
<input type="checkbox"/> 2 Altre domicili (detalleu a continuació):		
Municipi	Codi postal	Província País

CANVI QUE SE SOL·LICITA

DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR

Indiqueu l'Entitat a la qual desitgeu ser adscrit a l'efecte d'assistència sanitària (si es tracta del Sistema Sanitari Públic, feu constar "INSS") i, a continuació, marqueu amb "X" la casella o caselles corresponents a la causa del canvi.

Sempre el que s'indica a continuació assenyalat amb "X".
A més, si s'escau, el que procedeixi segons tipus de canvi, marcant amb "X" la casella corresponent.

ENTITAT MÈDICA ACTUAL:	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Document d'Afiliació actual.
ENTITAT A QUÈ DESITGEU SER ADSCRIT:	<input type="text"/>	
CAUSES DEL CANVI	<input type="checkbox"/> Canvi ordinari dins del mes de gener.	Cap altre document.
	<input type="checkbox"/> Canvi extraordinari, per apertura de termini especial d'elecció d'Entitat.	Cap altre document.
	<input type="checkbox"/> Canvi extraordinari entre Entitats d'Assegurança, amb la conformitat de les dues entitats afectades.	<input type="checkbox"/> Escrits acreditatius de la conformitat de les dues Entitats.
	<input type="checkbox"/> Canvi extraordinari a l'INSS/Sistema Sanitari Públic, per raons d'assistència mèdic-hospitalària.	<input type="checkbox"/> Informe mèdic amb diagnòstic del procés patològic i raons que aconsellen el seu tractament en un centre de l'INSS/Sistema Sanitari Públic.

ALTRES DOCUMENTS:

DECLARO expressament:

- Que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes.
- El meu compromís de romandre DOS ANYS adscrit a l'INSS/Sistema Sanitari Públic a l'efecte d'assistència sanitària (en cas de sol·licitud de canvi extraordinari a aquesta Entitat per raons d'assistència mèdic-hospitalària).

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 la seva adscripció d'entitat prestadora de l'assistència sanitària triada per vostè en l'àmbit del Règim del Mutualisme Administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 15, 16 i 17 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels funcionaris civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Les vostres dades personals seran cedides a l'entitat escollida per a la prestació de l'assistència sanitària, a les entitats gestores de la Seguretat Social, així com al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. 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 Departament de Prestacions Sanitàries de la Mutualitat.

Abans d'accedir al formulari llegiu la següent informació adicional sobre protecció de dades personals a: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Podeu contactar amb el Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat en la següent adreça 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)

RESOLUCIÓ

Per a tots els expedients de canvi d'Entitat, excepte els de canvi extraordinari per obertura d'un termini especial d'elecció d'Entitat o a l'INSS/Sistema Sanitari Públic per raons d'assistència mèdic-hospitalària.

CONFORME	, de/d' de
Resta APROVAT el canvi d'Entitat sol·licitat. Expediu nou Document d'Afiliació.	EL/LA

Per als expedients de canvi extraordinari quan, si concorren circumstàncies objectives que justifiquin el canvi d'una pluralitat de Titulars afectats pel mateix problema d'assistència mèdica, la Direcció General de MUFACE hagi acordat l'obertura de termini especial d'elecció.

, de/d' de	de
Vist l'acord de la Direcció General de MUFACE de data , pel qual s'estableix un termini especial d'elecció d'Entitat, resta APROVAT el canvi sol·licitat. Expediu nou Document d'Afiliació.	EL/LA

Per als expedients de canvi extraordinari a l'INSS/Sistema Sanitari Públic, per raons d'assistència mèdic-hospitalària, que s'han de trametre prèviament amb informe del Servei si ho considera adient, al Departament de Prestacions Sanitàries.

INFORME DE L'ASSESSOR/A MÈDIC/A

, de/d' de	de
EL/LA	