



## A-5 SOLICITUD DE BAJA DE BENEFICIARIO/BENEFICIARIA

### DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

1º Apellido		2º Apellido		Nombre	
NIF /Pasaporte/ NIE.	Fecha nacimiento	Estado Civil		Nº Afiliación	
Domicilio particular completo				Localidad	
Provincia	C. Postal	Telf. Fijo	Telf. Móvil	Correo Electrónico	
Destino			Fecha de la Toma de Posesión en el Destino actual		
<b>Solicito la baja de los beneficiarios/las beneficiarias siguientes</b>					
Apellidos y nombre		Parentesco	Fecha Nacimiento	NIF/ Pasaporte/ NIE	Nacionalidad
Motivo de la baja: (1) _____ Fecha de inicio del motivo de la baja _____					

### DOCUMENTACION QUE DEBERÁ PRESENTAR dependiendo del motivo de la baja (1)

**Inicio de actividad laboral: CERTIFICADO** que acredite su alta como titular expedido por las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, MUFACE o ISFAS. (2)

**Separación o divorcio:** Copia de la Sentencia firme de separación o de divorcio, o del convenio regulador, que acredite la falta de dependencia económica con el/la mutualista titular del derecho.

**Fallecimiento: Copia del certificado de defunción** del beneficiario/de la beneficiaria (2)

**Otros motivos:** En el supuesto de resultar necesaria otra documentación acreditativa, será determinada por MUGEJU, dependiendo de los motivos de baja.

(2) De conformidad con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, MUGEJU procederá a recabar electrónicamente los datos de su inclusión en otro Régimen de Seguridad Social de su beneficiario o los relativos al fallecimiento del beneficiario, según proceda, a través de la Plataforma de Intermediación de Datos. En caso de que se oponga expresamente deberá aportar la documentación indicada en el recuadro superior.

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

**Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.**

LUGAR Y FECHA.....

FIRMA DEL / DE LA SOLICITANTE

FIRMA DEL BENEFICIARIO/DE LA BENEFICIARIA

(Cuando sea mayor de edad)

**OPOSICIÓN EXPRESA:** En este caso deberá marcar el recuadro por el que no se autoriza que la Mutualidad realice la consulta telemática correspondiente a la documentación a presentar:

<input type="checkbox"/>	<b>CERTIFICADO</b> que acredite su alta como titular expedido por las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, MUFACE o ISFAS
<input type="checkbox"/>	<b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN</b>



### Información sobre protección de datos personales

<b>Responsable</b>	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
<b>Fines del tratamiento</b>	Gestión de bajas de las personas mutualistas titulares y beneficiarias de MUGEJU.
<b>Legitimación</b>	RGPD 6.1.c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
<b>Destinatarios</b>	Administraciones públicas con responsabilidad en materia de Seguridad Social Entidades de seguro que hayan suscrito concierto de asistencia sanitaria con la mutualidad.
<b>Derechos</b>	Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: <a href="https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos">https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos</a>