



SOLICITUD DE CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

CAMBIO ORDINARIO

CAMBIO EXTRAORDINARIO

En caso de cambio EXTRAORDINARIO, indique el MOTIVO DEL CAMBIO:

- Por cambio de provincia o isla de destino o de residencia.
- Por justificación médica, para cambios al INSS. **IMPORTANTE: si se autoriza, el cambio implica la permanencia en el INSS durante un mínimo de 2 años.**
- Por disponer de la conformidad de las dos entidades afectadas expresada por escrito.
- Por resolución de la Gerencia de MUGEJU.

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DNI	NÚMERO DE AFILIACIÓN	ENTIDAD MÉDICA
	285	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO (Si acepta la comunicación electrónica)
CUMPLIMENTAR SOLO POR MUTUALISTAS EN SERVICIO ACTIVO, COMISIÓN, SERVICIOS ESPECIALES		FECHA POSESIÓN DESTINO ACTUAL
CUERPO:		
DESTINO:		

DOMICILIO

TIPO VÍA (C/, Pl., Avda.)	NOMBRE DE LA VÍA						
NÚMERO	BLOQUE	PORTAL	PISO	PUERTA	ESCALERA	KM	COMPLEMENTO
CÓDIGO POSTAL	POBLACIÓN					PROVINCIA	

ENTIDAD A LA QUE QUIERE SER ADSCRITO

<input type="checkbox"/> ASISA	<input type="checkbox"/> DKV	<input type="checkbox"/> MAPFRE	<input type="checkbox"/> NUEVA MUTUA SANITARIA
<input type="checkbox"/> SANITAS	<input type="checkbox"/> SEGUCAIXA-ADESLAS	<input type="checkbox"/> INSS	
Para INSS, inserte el nº de afiliación a la Seguridad Social (si tiene):			

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

<input type="checkbox"/> Toma de posesión, en caso de solicitud por cambio de provincia o isla de destino.
<input type="checkbox"/> Certificado/s de empadronamiento, en caso de solicitud por cambio de provincia o isla de residencia.
<input type="checkbox"/> Informe médico relativo a la patología, en caso de solicitud por justificación médica.
<input type="checkbox"/> Conformidad por escrito de la entidad médica, en caso de solicitud por disponer de la conformidad de las dos entidades afectadas.
<input type="checkbox"/> Otra documentación.

OPOSICIÓN EXPRESA

Marque la siguiente casilla únicamente si NO AUTORIZA que se realice la consulta telemática por MUGEJU:
<input type="checkbox"/> Certificado de empadronamiento (se adjunta documento).

DECLARACIÓN RESPONSABLE Y FIRMA

<input type="checkbox"/> Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.	
<input type="checkbox"/> Declaro conocer que el cambio por justificación médica implica la permanencia en el INSS durante un mínimo de 2 años.	
<input type="checkbox"/> En caso de solicitud de cambio por justificación médica, declaro que no me encuentro ingresado o ingresada en un centro sanitario.	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DE LA PERSONA TITULAR o REPRESENTANTE (En este último caso, indique DNI y relación con la persona interesada)

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
Fines del tratamiento	Gestión de la asistencia sanitaria y social de las personas mutualistas y beneficiarias
Legitimación	RGPD 6.1.c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	Entidades de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito concierto con la mutualidad A las unidades con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas administraciones públicas y organismos públicos dependientes de ellas, así como a las entidades de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito concierto con este organismo, para el ejercicio de las finalidades determinadas para este fichero. Y a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria en materia tributaria, en virtud de lo dispuesto en los artículos 94 y 95 de la Ley General Tributaria (Ley 58/2003, de 17 de diciembre) en lo determinado por la ley. A las entidades del Sistema de Seguridad Social (Instituto Nacional de la Seguridad Social y Tesorería General de la Seguridad Social), en virtud de lo dispuesto en los artículos 40.4, 77 de la Ley General de la Seguridad Social (aprobada mediante el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre). A las Unidades Responsables en materia de Seguridad Social de las Comunidades Autónomas y a las Entidades de seguro de asistencia sanitaria, en virtud de las disposiciones adicionales 5.ª y 6.ª del Reglamento del Mutualismo Judicial, aprobado mediante Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio
Derechos	Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos