MINISTERIO DE JUSTICIA

MUGEJU

SOLICITUD DE CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

CAMBIO ORDINARIO ☐ **CAMBIO EXTRAORDINARIO** ☐

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE

NIF	NÚMERO DE AFILIACIÓN
	285

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO (Marque el recuadro si acepta la comunicación electrónica)
		☐

CUMPLIMENTAR SOLO POR MUTUALISTAS EN SERVICIO ACTIVO, COMISIÓN, SERVICIOS ESPECIALES	FECHA POSESIÓN DESTINO ACTUAL
CUERPO:	
DESTINO:	

DOMICILIO

CALLE/PLAZA/AVENIDA/..	NOMBRE CALLE

NÚMERO	PISO	PUERTA	BLOQUE	ESCALERA

CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA

ENTIDAD A LA QUE QUIERE SER ADSCRITO

☐ SEGURCAIXA-ADESLAS ☐ ASISA ☐ DKV

☐ MAPFRE ☐ SANITAS ☐ INSS

☐ NUEVA MUTUA SANITARIA

Para INSS insertar el nº de afiliación a Seguridad Social

CAMBIO ORDINARIO: ÚNICAMENTE SE ADMITIRÁ UNA SOLICITUD DENTRO DEL PERIODO ESTABLECIDO.

SOLICITUD: Para el cambio ordinario de entidad médica deberá presentar esta solicitud, debidamente cumplimentada y firmada, entre el **1 y 31 de enero** del año en curso. **EFECTOS:** Surtirá efectos desde el día **1 de febrero**, del año en curso, y afectará tanto a las y los titulares mutualistas como a los beneficiarios y las beneficiarias incluidos/as en su documento de afiliación a MUGEJU. **La adscripción a la entidad elegida se acreditará mediante la presentación del nuevo documento de afiliación a MUGEJU, que les será expedido en el momento en que sea realizado el trámite.**

CAMBIO A SISTEMA PÚBLICO DE SALUD (INSS):

1. **Si no han estado nunca de alta en el Régimen General de Seguridad Social, como titulares, y carecen de número de afiliación**, deberán cumplimentar y firmar el Modelo TA.1., así como **presentarlo personalmente en la TGSS**, para solicitar dicho número. Para esta tramitación deberán insertar el nº de afiliación a Seguridad Social en el apartado indicado o, en su defecto, adjuntar fotocopia del documento que lo contenga.
2. Para tener acceso a la **prestación de asistencia sanitaria, por el Sistema Público de Salud deberán solicitar personalmente la tarjeta sanitaria individual en el Centro de Salud de su Localidad de Residencia**, tanto para el/la titular como para los beneficiarios y las beneficiarias incluidos/as en su documento de afiliación a MUGEJU.

CAMBIO EXTRAORDINARIO por circunstancias excepcionales: **Deberán adjuntar los escritos de conformidad de las entidades afectadas.**

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos

LUGAR Y FECHA

0

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o REPESENTANTE
(En este último caso, indique DNI y relación con el interesado)

CORREO ELECTRÓNICO y PÁGINA WEB
www.mugeju.es
mugeju.afiliacion@justicia.es

C/ Marqués del Duero, 7
28001. Madrid
TEL: 91 586 0300
FAX: 91 586 0322