



muface

**INSTRUCCIONES AL DORSO**

**ALTA, VARIACIÓN Y BAJA DE BENEFICIARIOS**

NÚMERO DE AFILIACIÓN

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

FECHA DE ALTA EN MUFACE

FECHA DE BAJA EN MUFACE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

**S O L I C I T U D**

**1. DATOS PERSONALES DEL TITULAR SOLICITANTE**

|                 |      |                      |           |  |               |
|-----------------|------|----------------------|-----------|--|---------------|
| Primer apellido |      | Segundo apellido     |           | Nombre   |               |
| D.N.I. / N.I.E. |      | Fecha de nacimiento  |           | Sexo <input type="checkbox"/> V Varón <input type="checkbox"/> M Mujer |               |
| Domicilio       |      | Número, piso y letra | Municipio |  | Código postal |
| Provincia       | País | Teléfonos            |           | Correo electrónico   |               |

**2. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN**

|                            |   |               |           |                      |      |
|----------------------------|---|---------------|-----------|----------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Domicilio habitual                        | Domicilio     |           | Número, piso y letra |      |
| <input type="checkbox"/> 2 | Otro domicilio (detallar a continuación): |               |           |                      |      |
| Municipio                  |   | Código postal | Provincia |                      | País |

**3. DATOS DE LA SOLICITUD** (Cumplimente el apartado que proceda)

**3.1.  ALTA DE BENEFICIARIOS**

|   | Relación con el mutualista  | Fecha de nacimiento | Apellidos | Nombre | DNI / NIE             |
|---|---|---------------------|-----------|--------|-----------------------|
| 1 |   |                     |           |        |                       |
|   | Datos del otro progenitor:<br><i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i> |                     | Apellidos | Nombre | DNI / NIE / Pasaporte |
| 2 |   |                     |           |        |                       |
|   | Datos del otro progenitor:<br><i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i> |                     | Apellidos | Nombre | DNI / NIE / Pasaporte |
| 3 |   |                     |           |        |                       |
|   | Datos del otro progenitor:<br><i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i> |                     | Apellidos | Nombre | DNI / NIE / Pasaporte |
| 4 |   |                     |           |        |                       |
|   | Datos del otro progenitor:<br><i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i> |                     | Apellidos | Nombre | DNI / NIE / Pasaporte |

**3.2.  VARIACIÓN DE DATOS** (válido tanto para beneficiarios, como para titulares no mutualistas)

| Nº de orden          | Apellidos | Nombre | Relación con el mutualista | Fecha de nacimiento | DNI / NIE |
|----------------------|-----------|--------|----------------------------|---------------------|-----------|
| <input type="text"/> |           |        |                            |                     |           |
| <input type="text"/> |           |        |                            |                     |           |
| <input type="text"/> |           |        |                            |                     |           |

**3.3.  BAJA DE BENEFICIARIOS**

| Nº de orden          | Apellidos | Nombre | Relación con el mutualista |
|----------------------|-----------|--------|----------------------------|
| <input type="text"/> |           |        |                            |
| <input type="text"/> |           |        |                            |
| <input type="text"/> |           |        |                            |

**3.4.  AFILIACIÓN COMO TITULAR NO MUTUALISTA** (Beneficiario con documento asimilado al de afiliación)

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Causa del derecho:  |  | Entidad médica elegida                           |  |
| <input type="checkbox"/> VI Viudedad                                      | <input type="checkbox"/> DI Divorcio, nulidad de matrimonio o separación judicial                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> OR Orfandad                                      | <input type="checkbox"/> CO Convivencia de hijo de mutualista con cónyuge o ex cónyuge no mutualista |  |  |
| Apellidos y nombre del mutualista o funcionario del que deriva el derecho |  | N.º de afiliación a MUFACE del mismo, en su caso |  |

| DECLARACIÓN NÚM. 1<br>ALTA COMO BENEFICIARIOS  | DECLARACIÓN NÚM. 2<br>ALTA COMO TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiario<br>con documento asimilado al de afiliación).   |
|--|---|
| <p>Declaro bajo mi responsabilidad, a los efectos de su inclusión como beneficiarios en el Régimen del Mutualismo Administrativo, que cada una de las personas cuyos datos se consignan:</p> <p>a) Viven conmigo y a mis expensas.</p> <p>b) No ejercen profesión o trabajo remunerado alguno, ni perciben renta patrimonial, ni pensión alguna superiores al doble del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).</p> <p>c) No figuran como titulares ni como beneficiarios en ningún otro documento que acredite el derecho a recibir asistencia sanitaria en el Régimen gestionado por MUFACE, en cualquier otro de los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social o a cargo del Sistema Nacional de Salud, ni adscritos a una mutualidad de previsión social de un Colegio Profesional.</p> <p>Asimismo, conozco mi obligación de comunicar cualquier circunstancia que modifique la anterior declaración.</p> | <p>Declaro bajo mi responsabilidad, a los efectos del reconocimiento de mi condición de beneficiario, con documento asimilado al de afiliación, en el Régimen del Mutualismo Administrativo, que:</p> <p>a) No figuro como titular o beneficiario en ningún otro documento que acredite el derecho a recibir la asistencia sanitaria en el régimen gestionado por MUFACE, en cualquiera de los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social o a cargo del Sistema Nacional de Salud, ni me encuentro adscrito a ninguna mutualidad de previsión social de Colegio Profesional.</p> <p>b) No he contraído matrimonio, ni convivo en análoga relación de afectividad a la de cónyuge con la inscripción correspondiente.</p> <p>Asimismo, conozco mi obligación de comunicar cualquier circunstancia que modifique la anterior declaración.</p> |

HECHOS ALEGADOS / DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA CON LA PRESENTE SOLICITUD:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

De conformidad con lo previsto en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre se informa que, con la recepción de la presente solicitud en cualquier registro de MUFACE se procede a la incoación de expediente administrativo en materia de afiliación que deberá ser resuelto en el plazo de un mes mediante resolución expresa, o mediante la emisión del correspondiente documento de afiliación, siendo estimatorios por silencio administrativo los efectos de la falta de resolución expresa en el citado plazo. Para obtener mayor información sobre el procedimiento a que da lugar su solicitud, podrá dirigirse al Servicio Provincial de Muface de su provincia de residencia o de su destino, si se encontrase en activo.

Doy mi consentimiento para que MUFACE recabe electrónicamente los datos de identidad y residencia de mis beneficiarios a través de la Plataforma de Intermediación de Datos.  Sí

En caso contrario deberá aportar documentación justificativa.

LUGAR Y FECHA:

**FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE**, o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

(Nombre, apellidos, DNI del/de la representante)

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y con el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten mediante el presente formulario serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar el alta, baja y variación de datos de sus beneficiarios en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 15 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Sus datos personales serán cedidos a la AEAT en materia tributaria, a las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad y entidades prestadoras de la asistencia sanitaria. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como el resto de derechos en materia de protección de datos ante el responsable del tratamiento: el titular de la Secretaría General de la Mutualidad.

Antes de acceder al formulario debe leer la siguiente información adicional sobre protección de datos personales en: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad en la siguiente dirección de correo electrónico: DPDMuface@muface.es

LUGAR Y FECHA:

De conformidad con lo establecido en el artículo 95.1.k) de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, doy mi autorización a MUFACE para que proceda a recabar electrónicamente de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria la información relativa al nivel de rentas, a los efectos de mi alta como beneficiario.

**FIRMA DEL/DE LA BENEFICIARIO/A**, o de su representante

(Nombre, apellidos, DNI del/de la representante)

# INSTRUCCIONES

No cumplimente los epígrafes sombreados, SALVO EL NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE, cuando lo posea.

## • DATOS PERSONALES DEL MUTUALISTA

- Cumpliméntelos siempre, y con la mayor claridad posible para evitar errores de interpretación.

## • ALTA DE BENEFICIARIOS

- EL MUTUALISTA PUEDE INCLUIR en su Documento de Beneficiarios a su cónyuge y a sus hijos, así como a los familiares o asimilados relacionados en el artículo 15.1 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo (en caso necesario, consulte a MUFACE sobre esta última posibilidad).
- En el caso de hijos y otros familiares o asimilados de dos o más mutualistas, se ha de OPTAR por su inclusión en UNO de los Documentos de Beneficiarios.
- Los REQUISITOS INDISPENSABLES para la inclusión de beneficiarios son los que se recogen en las letras a), b) y c) de la Declaración nº 1 que figura en la solicitud.
- ACOMPAÑE la siguiente DOCUMENTACIÓN:
  - a) **DNI** en vigor del mutualista y del beneficiario sobre el que se solicite la actuación. **Si el beneficiario no tuviera la nacionalidad española**, el NIE, acompañado de:
    - 1º **Certificado de inscripción en el Registro Central de Extranjeros** para los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de Suiza.
    - 2º **Tarjeta de residencia de familiar de ciudadano de la Unión Europea** para los familiares de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o de Suiza.
    - 3º Para el resto personas que no tengan nacionalidad española (no incluidos en los epígrafes anteriores), **Tarjeta de Identidad de Extranjero** que acredite la titularidad de una autorización para residir en España o, en caso de no tener obligación de obtener dicha Tarjeta, la **autorización para residir en España** en la que conste el correspondiente Número de Identidad de Extranjero.
    - 4º Si no se encontrase en ninguno de los casos anteriores, **pasaporte en vigor**.
  - b) **Certificado de empadronamiento**, expedido por la autoridad competente del municipio de residencia del titular.
  - c) En el caso de aquellas personas que **no tengan nacionalidad española y no sean contribuyentes del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas**, **certificado expedido por la administración tributaria del Estado** en el que hayan tenido su última residencia, acreditativo de no superar el límite de ingresos previsto en el artículo 15.2.b) del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, por un impuesto equivalente al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
  - d) **Certificado emitido por la institución competente en materia de Seguridad Social o de asistencia sanitaria del país de procedencia** del beneficiario, acreditativo de que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria en España.

Únicamente será necesario acompañar los documentos indicados en los apartados a) y b) cuando se haya manifestado disconformidad con que sea MUFACE quien recabe electrónicamente dicha información a través de la Plataforma de Intermediación de Datos.

Además de los documentos previstos en los párrafos anteriores, la solicitud de reconocimiento de la condición de persona beneficiaria irá acompañada, según los casos, de la siguiente documentación:

1. Cónyuge: Libro de familia o certificado de la inscripción del matrimonio para acreditar la condición de cónyuge del mutualista.
2. Pareja de hecho: Certificación de la inscripción en alguno de los registros públicos existentes o, en su defecto, el documento público correspondiente para acreditar la existencia de una pareja de hecho.
3. Ex cónyuge: Documento acreditativo de la condición de ex cónyuge o de separado judicialmente del mutualista, así como el de su derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de esta última.
4. Ascendientes, descendientes y hermanos: Libro de familia o certificado de nacimiento para acreditar la condición de:
  - Ascendientes del mutualista, de su cónyuge, o ex cónyuge a cargo.
  - Descendientes del mutualista, de su cónyuge o de su ex cónyuge, así como de hijos de la pareja de hecho.
  - Hermano del mutualista.
5. Tutelados y acogidos: Documento acreditativo de la tutela o del acogimiento acordado por la autoridad competente para acreditar la condición de menor tutelado o acogido legalmente por el mutualista, por su cónyuge, ex cónyuge a cargo o pareja de hecho. Resolución de la declaración de desamparo en el caso de menores sujetos a tutela administrativa.

Respecto de los hijos menores de edad, téngase en cuenta que la titularidad de la patria potestad es consecuencia legal de la relación paterno-filial, y su ejercicio corresponde, con carácter general, conjuntamente a ambos progenitores, comprendiendo una serie de obligaciones y facultades, entre las que se encuentra la de representación de los menores. Por ello, **salvo que exista una resolución judicial que limite o suspenda su ejercicio** a algún progenitor, **se presumirá que, en todo caso, se ejerce conjuntamente o por uno solo de ellos con el consentimiento expreso o tácito del otro**, siendo válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 20.2 del Reglamento General del Mutualismo Administrativo, y cuando así se estime necesario en consonancia con el contenido de la solicitud de afiliación formulada, podrá requerirse la aportación de documentación adicional, al objeto de verificar los datos consignados: Certificación del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o, en su defecto, del Nivel de Renta (salvo que el interesado preste su consentimiento para que sus datos tributarios puedan ser consultados directamente por la Mutualidad a la AEAT), certificado de afiliación a mutualidad de previsión social de Colegio Profesional, Fe de vida y estado, etc.

#### • **VARIACIÓN DE DATOS**

- CONSIGNE EL «N.º DE ORDEN» que en el Documento de Beneficiarios tenga asignada la persona cuyos datos se desea variar. Si este número no llega a 10, tenga en cuenta que debe consignar un 0 en la primera casilla.
- A continuación, en la columna correspondiente consigne ÚNICAMENTE el NUEVO DATO que ha de ser anotado en sustitución del anterior. No obstante, si se trata de error en UN APELLIDO, consigne LOS DOS de nuevo.
- Tenga en cuenta que la VARIACIÓN DE DATOS sólo se utiliza para RECTIFICAR ERRORES de un beneficiario ya incluido en el documento y que continuará en el mismo.

#### • **BAJA DE BENEFICIARIOS**

- Cumplimente TODOS los datos indicados. En cuanto al «N.º de orden», tenga en cuenta lo señalado en el primer párrafo del apartado precedente. No se ha de acompañar ningún documento justificativo.
- Los beneficiarios PIERDEN su condición cuando dejan de cumplir ALGÚN REQUISITO de los señalados como indispensables y también cuando el mutualista del que deriva su derecho deja de serlo, excepto en el caso de su fallecimiento, en el que los viudos y huérfanos pueden mantenerlo (diríjase a MUFACE para ello).

#### • **AFILIACIÓN COMO TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiario con documento asimilado al de afiliación).**

- Marque con X la cuadrícula que acoja la causa de su derecho, teniendo en cuenta las limitaciones que a continuación se indican.
- EL TITULAR NO MUTUALISTA por viudedad o por divorcio, nulidad de matrimonio o separación judicial, DEBE INCLUIR en su Documento de Beneficiarios, a los hijos del mutualista con derecho a tal condición, siempre que convivan o pasen a convivir con él. Si ya figuraban como beneficiarios en el Documento del mutualista origen del derecho, NO es necesario ACOMPAÑAR ningún DOCUMENTO justificativo. En otro supuesto, acompañe los documentos señalados para los hijos en el apartado relativo al alta de beneficiarios.
- Los REQUISITOS para el acceso a la condición de titular no mutualista son los que se recogen en las letras a) y b) de la Declaración nº 2 que figura en la solicitud. En estos supuestos de deberá aportar la siguiente DOCUMENTACIÓN:
  - a) Libro de Familia en el que conste el fallecimiento o certificación del Registro Civil acreditativa del mismo.
  - b) En el caso de viudos y huérfanos de mutualistas que figuren en su Documento de Beneficiarios: dicho Documento, el de Afiliación del mutualista fallecido, junto con los talonarios de recetas y tarjetas de asistencia sanitaria. En los restantes casos, MUFACE le informará de los documentos precisos según su situación concreta.

- Debe tener en cuenta que la firma de la solicitud de Alta SUPONE LA FIRMA DE LA DECLARACION, con la responsabilidad que de ello puede derivarse en caso de inexactitud, y sin perjuicio de que MUFACE pueda solicitarle los documentos correspondientes para comprobar la certeza de la declaración.

**MUY IMPORTANTE:** Comunique rápidamente a MUFACE (antes de transcurrir un mes), bien mediante este impreso o bien mediante escrito simple enviado por correo, toda variación que motive la baja de un beneficiario, de lo contrario, las prestaciones que se hubieran podido percibir por encima del citado periodo serán consideradas, salvo causa justificada, como indebidas.

Asimismo, se informa que podrá solicitar la reactivación del alta de beneficiarios, así como comunicar su baja, a través de la sede electrónica de MUFACE, que exige DNIE o certificado electrónico.