



## ALTA/ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL DE MUTUALISTAS DESPLAZADOS POR UN PERÍODO SUPERIOR A 120 DÍAS POR DESTINO Y OTROS SUPUESTOS

### DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	NÚMERO DE AFILIACIÓN	ENTIDAD MÉDICA
	285	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO (Marque el recuadro si acepta la comunicación electrónica)
		<input type="checkbox"/>

### DOMICILIO EN ESPAÑA

CALLE/PLAZA/AVENIDA/...	NOMBRE CALLE						
NÚMERO	KM	BLOQUE	PORTAL	PISO	ESCALERA	PUERTA	INFO. COMPLEMENTARIA
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD				PROVINCIA		

### DOMICILIO EN EL PAÍS DE DESTINO

DOMICILIO	
CIUDAD	PAÍS

### DATOS RELATIVOS AL DESTINO EN EL EXTRANJERO

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA EN EL CUERPO DE LA AD. DE JUSTICIA	ÓRGANO QUE DESIGNA	
FECHA DE NOMBRAMIENTO	DURACIÓN PREVISTA	DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO

**BENEFICIARIOS:** Los beneficiarios incluidos en este impreso deben reunir los requisitos de dependencia económica del titular y no tener derecho a la asistencia sanitaria a través de otro Régimen de Seguridad Social

### BENEFICIARIOS QUE SE TRASLADAN CON EL MUTUALISTA

BENEFICIARIO	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF / PASAPORTE / IDENTIDAD UE



### BENEFICIARIOS QUE PERMANECEN EN TERRITORIO NACIONAL

BENEFICIARIO	APELLIDOS Y NOMBRE	NIF / PASAPORTE / IDENTIDAD UE

### DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- a) Mutualistas destinados o que presten sus servicios fuera del territorio nacional por un período superior a 120 días, cualquiera que sea el sistema de provisión, siempre que no estén acogidos al régimen de previsión de las Instituciones de la UE o cualquiera otra Institución u Organización Internacional, o nacional del Estado extranjero en la que vayan a prestar servicios.

**Documentación a aportar:**

- Copia del nombramiento del mutualista, con indicación de la duración del mismo
- Certificado de la institución de destino de no prestar cobertura sanitaria

- b) Mutualistas que, encontrándose destinados en un país extranjero, causen baja en el servicio activo por jubilación o incapacidad permanente, permanezcan sin interrupción formal en el país en el que se ha producido la jubilación y acrediten que no tienen derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.
- c) Mutualistas que fijen su domicilio en algún país de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein, Noruega), y Suiza, y acrediten que no tiene derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.
- d) Mutualistas que acompañen a su cónyuge o persona en análoga relación de afectividad y con carácter estable, cuando el cónyuge está encuadrado en el supuesto a) anterior.
- e) Beneficiarios de los mutualistas incluidos en los párrafos anteriores, que se trasladen con ellos. En el caso de fallecimiento, separación, divorcio o nulidad del matrimonio del mutualista, sus beneficiarios mantendrán esta modalidad de cobertura siempre que continúen residiendo en el extranjero, que conserven las condiciones para ser beneficiarios de la asistencia de MUGEJU y acrediten que no tiene derecho a percibir prestación sanitaria en el país de residencia, por la legislación del mismo.
- f) Mutualistas que se encuentren en excedencia por cuidado de familiares por razón de violencia de género, siempre que la residencia en el extranjero se vaya a prolongar más de 120 días, y sea consecuencia de la circunstancia que origina la excedencia.

**Documentación a aportar para los supuestos b), c), d) e) y f):**

- Declaración justificativa, suscrita por el solicitante, del supuesto en que se encuentre.
- Certificación negativa del Organismo competente del país de residencia de que el solicitante no dispone de cobertura sanitaria
- Certificación del consulado o similar de disponer de domicilio de residencia.

Puede consultar el contenido de la Resolución de 18 de abril de 2016, de la Mutualidad General Judicial, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional (BOE de 6 de mayo).

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos  
LUGAR Y FECHA

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



### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
Fines del tratamiento	Protección sanitaria 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	MUGEJU y Entidad de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito concierto con la mutualidad
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: <a href="https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos">https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos</a>