

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

7693 *Resolución de 30 de junio de 2015, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se aprueban los modelos normalizados de solicitudes de afiliación, altas, bajas y variaciones de datos, para mutualistas y beneficiarios.*

De conformidad con lo previsto en el artículo 70.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, las administraciones públicas deberán establecer modelos y sistemas normalizados de solicitudes cuando se trate de procedimientos que impliquen la resolución numerosa de una serie de procedimientos, que estarán a disposición de los ciudadanos en las dependencias administrativas.

El Real Decreto 1465/1999, de 17 de septiembre, por el que se establecen criterios de imagen institucional y se regula la producción documental y el material impreso de la Administración General del Estado, dispone, en su artículo 8, cuál debe ser el contenido de los modelos normalizados de solicitud: estructura, contenidos, información en materia de protección de datos de carácter personal, instrucciones de cumplimentación, etc.

Asimismo, el apartado número dos del artículo 9 del citado Real Decreto establece que «Todo modelo normalizado de solicitud con efectos frente a terceros, cualquiera que sea su soporte, deberá publicarse en el “Boletín Oficial del Estado”».

Por ello, esta Dirección General, de acuerdo con lo previsto en el artículo 70.4 de la Ley 30/1992, en relación con los artículos 8 y 9.2 del Real Decreto 1465/1999, ha dispuesto:

Primero.

Aprobar los modelos normalizados de solicitudes de afiliación, altas, bajas y variaciones de datos en el Régimen del Mutualismo Administrativo, cuyas características se especifican en los anexos I y II de la presente Resolución, que se corresponden, respectivamente, con el impreso de solicitud para actuaciones sobre mutualistas y con el impreso de solicitud para actuaciones sobre beneficiarios.

Segundo.

Ordenar, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 1.º del artículo 36 de la Ley 30/1992, su traducción a las lenguas de aquellas Comunidades Autónomas donde exista otra lengua cooficial con el castellano.

Tercero.

La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente a su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 30 de junio de 2015.—El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Gustavo Emiliano Blanco Fernández.

ANEXO I



AFILIACIÓN, VARIACIONES Y BAJA DE MUTUALISTAS

NÚMERO DE AFILIACIÓN	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
FECHA DE ALTA EN MUFACE	
FECHA DE BAJA EN MUFACE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

1. DATOS PERSONALES			
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 PROFESIONALES Indique el Régimen de Seguridad Social a efectos de pensiones: <input type="checkbox"/> 1 Régimen General <input type="checkbox"/> 2 Clases Pasivas			
Cuerpo	Código numérico del Cuerpo		
Ministerio o Comunidad Autónoma de destino	Municipio de destino	Provincia de destino	
3. 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
4. CLASE DE SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN OBLIGATORIA	Situación administrativa <input type="checkbox"/> AC Servicio activo <input type="checkbox"/> TR Servicios en Comunidades Autónomas <input type="checkbox"/> VC Excedencia cuidado familiares <input type="checkbox"/> PR Suspensión provisional <input type="checkbox"/> JU Jubilación <input type="checkbox"/> SX Servicios especiales <input type="checkbox"/> PI En prácticas <input type="checkbox"/> EF Excedencia forzosa <input type="checkbox"/> FI Suspensión firme		
<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN VOLUNTARIA	Situación administrativa <input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria <input type="checkbox"/> PE Pérdida de la condición de funcionario <input type="checkbox"/> EU Servicios especiales transferencia derechos pasivos a la UE		
<input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS	Tipo de variación..... <input type="checkbox"/> Sin cambio de provincia <input type="checkbox"/> Con cambio de provincia		
<input type="checkbox"/> BAJA	Causa de la baja <input type="checkbox"/> 1 Renuncia, siendo mutualista voluntario <input type="checkbox"/> 5 Pérdida de la condición de funcionario (sin optar por la afiliación voluntaria) <input type="checkbox"/> 9 Por pase a otro Régimen <input type="checkbox"/> 4 Excedencia voluntaria (sin optar por la afiliación voluntaria) <input type="checkbox"/> 8 Unión Europea u otra Organización Internacional <input type="checkbox"/> 0 Otros.....		
5. ELECCIÓN DE ENTIDAD MÉDICA			
Cumplimente este dato cuando no estuviere en alta en MUFACE y cuando, existiendo cambio de provincia, desee también cambiar de Entidad.			
Entidad	Código	Fecha de alta en la Entidad	
6. DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA			
Afiliación obligatoria inicial:	<input type="checkbox"/> Certificación de su Unidad de Personal acreditativa del Cuerpo, fecha de la toma de posesión, situación administrativa y destino; o en su defecto, copia compulsada del nombramiento como funcionario en prácticas o de la toma de posesión.		
Otros supuestos de Afiliación obligatoria:	<input type="checkbox"/> En todo caso, fotocopia del documento administrativo que refleje la variación. <input type="checkbox"/> En caso de que no vaya a percibir retribuciones por una Habilitación, impreso de domiciliación bancaria para el abono de la cuota a la Mutualidad.		
Afiliación voluntaria:	<input type="checkbox"/> En todo caso, fotocopia del documento administrativo que acredite la situación alegada. <input type="checkbox"/> Impreso de domiciliación bancaria (SEPA) para el abono de la cuota a la Mutualidad.		
Baja:	<input type="checkbox"/> En su caso, fotocopia del documento administrativo que acredite la causa alegada. <input type="checkbox"/> En todo caso, el documento de afiliación del mutualista, de beneficiarios y talonarios de recetas.		
Otros documentos / hechos (de aportación voluntaria):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
De conformidad con lo establecido en las Órdenes PRE/3949/2006, de 26 de diciembre, y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre, ambas, del Ministerio de la Presidencia, manifiesto mi autorización a MUFACE para que proceda a la consulta a través del <i>Catálogo de Servicios de Verificación y Consulta de Datos</i> , de mis datos personales de identificación personal y residencia. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE del día 14), de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se advierte que el presente formulario contiene datos de carácter personal, que formarán parte del fichero "colectivo", del que es responsable la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, que serán tratados al objeto de gestionar y resolver la presente solicitud. Conforme a la LOPD, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, con sede en el paseo de Juan XXIII, número 26 - 28040 Madrid.			
De conformidad con lo previsto en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre 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.		LUGAR Y FECHA: FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 de la LRJAP-PAC) (Nombre, apellidos, DNI del representante)	
MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO			

I N S T R U C C I O N E S

No cumplimente los epígrafes sombreados, SALVO EL NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE cuando lo posea. En este caso, presente el Documento de Afiliación, por si procediera su actualización.

- **DATOS PERSONALES**
 - Cumpliméntelos con la mayor claridad para evitar errores de interpretación.
- **DATOS PROFESIONALES**
 - El "Código numérico del Cuerpo" está constituido por las cuatro últimas cifras del Número de Registro Personal. Si lo desconoce, deje la casilla en blanco.
 - Como "Ministerio de destino" en el periodo de prácticas consigne el que le corresponda, si ya lo tuviese asignado; en otro caso, indique el Ministerio del que dependa el centro de formación que organiza las prácticas.
 - En el supuesto de destino en el extranjero, consigne el país en la casilla "Provincia de destino".
 - En el caso de destino ajeno a Ministerio o Comunidad Autónoma, consigne el Ministerio o Comunidad Autónoma del que dependa o con el que se relacione la Entidad en la que preste servicios.
 - En el caso de que no se encuentre en servicio activo no deberá rellenar los datos relativos a Ministerio o CC.AA, municipio y provincia de destino.
- **CLASE DE SOLICITUD**
 - En los siguientes epígrafes del impreso debe señalar el que corresponda a su situación administrativa en el momento de la solicitud:
 - **AFILIACIÓN OBLIGATORIA**
 - Marque con X la cuadrícula correspondiente a su "Situación administrativa". Tenga en cuenta que la situación de "Expectativa de destino" se asimila a "Servicio activo" y recuerde que si su situación es "En prácticas", tan pronto como finalicen y obtenga destino deberá comunicar a MUFACE sus nuevos datos profesionales.
 - En caso de AFILIACIÓN INICIAL, deberá acreditar el régimen de Seguridad Social en que queda encuadrado a efectos de pensiones.
 - **AFILIACIÓN VOLUNTARIA**
 - Marque con X la cuadrícula correspondiente a su "Situación administrativa". Tenga en cuenta que la "Excedencia voluntaria incentivada" es a estos fines igual que las restantes excedencias voluntarias.
 - ADJUNTE la fotocopia del documento administrativo que acredite la situación alegada. En caso de "Excedencia voluntaria", "Pérdida de la condición de funcionario", o del ejercicio del derecho de transferencia de pensión a la U.E., también debe cumplimentar el impreso para la domiciliación bancaria de su cuota.
 - **VARIACIÓN DE DATOS**
 - Cumplimente únicamente los campos referidos a sus apellidos, nombre y DNI, así como el/los dato/s a modificar y el campo "Tipo de variación" con la modificación que desee realizar.
 - **BAJA**
 - Marque con X la cuadrícula correspondiente.
 - Téngase en cuenta que deberá proceder a la devolución del Documento de Afiliación, talonarios de recetas y tarjetas de asistencia médica de la Entidad en todos los casos.
- **ENTIDAD MÉDICA ELEGIDA**
 - Actúe tal como se indica en el propio epígrafe del impreso.
 - Las Entidades médicas que puede elegir se publican en el "BOE" antes de la entrada en vigor de cada Concierto. En caso de duda, le informarán en MUFACE.
 - Toda la información referida al Concierto de asistencia sanitaria se puede consultar en la página Web de MUFACE.
- **PRESENTACIÓN**
 - Las solicitudes se presentarán ante la sede del Servicio Provincial de MUFACE u Oficina Delegada de adscripción o en cualquiera de las oficinas o registros a los que alude el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en los términos previstos por dicho precepto.
 - Con carácter general se considerará que el Servicio Provincial de adscripción vendrá determinado en función de la localidad de destino para los mutualistas en servicio activo y por la de residencia para aquellos que no se encuentren en tal situación. Los mutualistas destinados en el exterior quedarán adscritos a la Oficina Delegada para el Personal en el Exterior
 - En caso de cambio de destino o domicilio que origine cambio de unidad de MUFACE competente, DEBE DIRIGIRSE A LA CORRESPONDIENTE A SU NUEVO DESTINO O DOMICILIO.
- Debe tener en cuenta que la firma de la solicitud de Alta SUPONE la responsabilidad que de ello pueda derivarse en caso de inexactitud, y sin perjuicio de que MUFACE pueda solicitarle los documentos correspondientes para comprobar la certeza de los datos.

MUY IMPORTANTE.- Es necesario que los mutualistas comuniquen a la Mutualidad las variaciones que se produzcan en sus datos personales y profesionales, por lo que pudiera afectar a su relación con el Mutualismo Administrativo.

ANEXO II



ALTA, VARIACIÓN Y BAJA DE BENEFICIARIOS	
NÚMERO DE AFILIACIÓN <input type="text"/>	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 <i>(Cumplimente el apartado que proceda)</i>						
3.1. <input type="checkbox"/> ALTA DE BENEFICIARIOS						
1	Relación con el mutualista	Fecha de nacimiento	Apellidos	Nombre	DNI / NIE	
	Datos del otro progenitor: <i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i>		Apellidos	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte	
2	Relación con el mutualista	Fecha de nacimiento	Apellidos	Nombre	DNI / NIE	
	Datos del otro progenitor: <i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i>		Apellidos	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte	
3	Relación con el mutualista	Fecha de nacimiento	Apellidos	Nombre	DNI / NIE	
	Datos del otro progenitor: <i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i>		Apellidos	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte	
4	Relación con el mutualista	Fecha de nacimiento	Apellidos	Nombre	DNI / NIE	
	Datos del otro progenitor: <i>Cumplimente esta fila cuando solicite el alta de hijos</i>		Apellidos	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte	
3.2. <input type="checkbox"/> VARIACIÓN DE DATOS <i>(válido tanto para beneficiarios, como para titulares no mutualistas)</i>						
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. <input type="checkbox"/> BAJA DE BENEFICIARIOS						
Nº de orden	Apellidos	Nombre	Relación con el mutualista			
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
3.4. <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN COMO TITULAR NO MUTUALISTA <i>(Beneficiario con documento asimilado al de afiliación)</i>						
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		

AB-2 (30-06-2015)

INDISPENSABLE FIRMAR EL IMPRESO →

DECLARACIÓN NÚM. 1 ALTA COMO BENEFICIARIOS	DECLARACIÓN NÚM. 2 ALTA COMO TITULAR NO MUTUALISTA (Beneficiario 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> <ul style="list-style-type: none">a) Viven conmigo y a mis expensas.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).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 o en cualquier otro de los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social, ni adscritos a una mutualidad de previsión social de un Colegio Profesional. <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> <ul style="list-style-type: none">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 o en cualquiera de los Regímenes del Sistema de la Seguridad Social, ni me encuentro adscrito a ninguna mutualidad de previsión social de Colegio Profesional.b) No he contraído matrimonio, ni convivo en análoga relación de afectividad a la de cónyuge con la inscripción correspondiente. <p>Asimismo, conozco mi obligación de comunicar cualquier circunstancia que modifique la anterior declaración.</p>
<p>HECHOS ALEGADOS / DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA A LA PRESENTE SOLICITUD:</p> <ul style="list-style-type: none">• _____• _____• _____• _____• _____	
<p>De conformidad con lo establecido en las Órdenes PRE/3949/2006, de 26 de diciembre, y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre, ambas, del Ministerio de la Presidencia, manifiesto mi autorización a MUFACE para que proceda a la consulta a través del <i>Catálogo de Servicios de Verificación y Consulta de Datos</i>, de mis datos personales de identificación personal y residencia.</p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
<p>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE del día 14), de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se advierte que el presente formulario contiene datos de carácter personal, que formarán parte del fichero "colectivo", del que es responsable la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, que serán tratados al objeto de gestionar y resolver la presente solicitud.</p> <p>Conforme a la LOPD, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, con sede en el paseo de Juan XXIII, número 26 - 28040 Madrid.</p>	
<p>De conformidad con lo previsto en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre 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.</p>	
LUGAR Y FECHA:	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 de la LRJAP-PAC)
<p>(Nombre, apellidos, DNI del representante)</p>	

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

I N S T R U C C I O N E S

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.

No será necesario aportar los documentos mencionados en los párrafos **a) y b)** anteriores cuando los interesados presten su **consentimiento** para que los datos de identidad, domicilio y residencia puedan ser consultados por la Mutualidad a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad y de Residencia.

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/a 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) Fotocopia del 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.