

FORMULARIO DE REEMBOLSO REHABILITACIÓN - FISIOTERAPIA

COLECTIVO: CNMV

DATOS DEL ASEGURADO

| | |
|----------------------|-------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS: | |
| NIF / NIE: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | Nº ASEGURADO (TARJETA): |
| TELÉFONO MÓVIL: | CORREO ELECTRÓNICO: |

DATOS CUENTA BANCARIA

| |
|----------------------------|
| TITULAR DE LA CUENTA: |
| NIF/NIE/CIF: |
| NÚMERO DE CUENTA: ES _____ |

DATOS FACTURA

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Nº DE FACTURA: | |
| FECHA DE LA FACTURA: | IMPORTE DE LA FACTURA: |
| CENTRO: | |
| NOMBRE PROFESIONAL: | |
| CIF/NIF DEL PROFESIONAL: | |
| OBSERVACIONES: | |

RECUERDE ADJUNTAR LA FACTURA A ESTA SOLICITUD

Información Básica sobre protección de datos

Responsable

NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA

Finalidad

Los datos incluidos en el formulario serán tratados con la finalidad de gestionar el contrato de seguro y prestarle los servicios establecidos en su póliza de seguro.

Derechos

Tiene derecho a acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar la portabilidad de los mismos y a oponerse a su tratamiento con fines comerciales si así lo desea. Puede ejercerlos a través del correo electrónico dpo@nuevamutuasantaria.es o, si lo prefiere, por correo postal, dirigido a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Calle Villanueva nº 14, 4º, 28001 de Madrid.

Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente sección de nuestra página web: www.nuevamutuasantaria.es/protecciondedatos

En _____, a ____ de _____ de _____.

D. / Dña. (firma): _____

Tras cumplimentar la solicitud, por favor remitirla al email reembolso@nuevamutuasantaria.es