

FORMULARIO DE REEMBOLSO
COLECTIVO:
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@nuevamutuasantitaria.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.nuevamutuasantitaria.es/protecciondedatos

En _____, a ____ de _____ de _____.

D. / Dña. (firma): _____

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