

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

¿Cómo solicitar el reembolso de gastos?

Para solicitar el reembolso de gastos en los que haya incurrido fuera de nuestro cuadro médico, deberá completar los siguientes pasos:

A través de la APP Nueva Mutua Sanitaria

Solicite su reembolso a través de APP, disponible en Google Play y APP Store. Inicie sesión y pulse sobre el icono “Reembolso” y siga los pasos que se indican. En este método no deberá enviar el formulario de solicitud.

En caso de no disponer de la APP

Deberá remitirnos el formulario de reembolso cumplimentado y firmado por el asegurado o su representante legal junto con la documentación requerida al correo electrónico reembolso@nuevamutuasantaria.es

¿Qué apartados debe cumplimentar en el formulario?

1. Datos del asegurado

- Nombre y Apellidos del asegurado
- Documento de identidad (DNI/NIF/NIE)
- Fecha de nacimiento
- Número de asegurado (número de tarjeta)
- Teléfono
- Correo electrónico

2. Datos bancarios

- Datos del titular de la cuenta
- IBAN de la cuenta en la que desea recibir el reembolso

3. Datos de la factura

- Número, fecha e importe de la factura
- Centro médico en la que ha recibido la prestación
- Nombre y documento de identidad del profesional sanitario

4. Si tiene alguna observación, inclúyala en el apartado correspondiente

5. Firma del asegurado o de su representante legal

¿Qué documentos deberá presentar al solicitar el reembolso de gastos?

1. Formulario de solicitud de reembolso

2. Factura

3. Justificante de pago

4. Prescripción e informe médico