MutualMèdica

La Mutualitat dels Metges

Sol·licitud familiars Assistència en Viatge

Document de sol ·licitud per a incloure familiars de primer grau a la cobertura d'assistència en viatge

Què estàs sol·licitant?

Estàs sol·licitant que Mutual Mèdica inclogui en la teva cobertura d'assistència en viatge a un o diversos familiars de primer grau. Aquesta cobertura té un cost anual de **5€** per cada familiar inscrit.

Què necessites saber abans de signar?

- La cobertura d'assistència en viatge s'ampliarà únicament als familiars indicats en aquesta sol·licitud, una vegada s'hagi completat correctament tot el procés.
- Com a familiars de primer grau inclou exclusivament a **cònjuge/parella, fills, pares o sogres**.
- Per a formalitzar aquesta sol·licitud, hauràs de remetre la següent documentació: **Ordre SEPA** signada i **Certificat de titularitat bancària**.

Què has de fer una vegada emplenat el formulari?

Una vegada emplenat aquest formulari i recopilada la documentació, per correu electrònic a **produccion@mutualmedica.com**. I si tens qualsevol dubte o necessites ajuda, contacta amb el nostre equip d'Atenció al Mutualista en el **900 82 88 99**.

Dades del mutualista

Nom: _____

Cognoms: _____

DNI/NIE: _____

MutualMèdica

La Mutualitat dels Metges

Familiar 1

Nom i cognoms					
DNI		**Telèfon**		**Data de naixement**	
Domicili					
Correu electrònic				**Relació amb el soci**	

Familiar 2

Nom i cognoms					
DNI		**Telèfon**		**Data de naixement**	
Domicili					
Correu electrònic				**Relació amb el soci**	

Familiar 3

Nom i cognoms					
DNI		**Telèfon**		**Data de naixement**	
Domicili					
Correu electrònic				**Relació amb el soci**	

Familiar 4

Nom i cognoms					
DNI		**Telèfon**		**Data de naixement**	
Domicili					
Correu electrònic				**Relació amb el soci**	

A _____

A _____ de _____ de 20____

Signatura del soci:

MutualMèdica

La Mutualitat dels Metges

Autorització
SEPA

Autoritzo a l'entitat financera indicada a continuació, a carregar en el meu compte els rebuts emesos per Mutual Mèdica al meu nom.

Nom i cognoms: _____

NIF: _____

Adreça: _____

Codi Postal i població: _____

Província: _____

Número de compte IBAN

E	S																						

Signatura Dra./Dr.:

A _____

A _____ de _____ de 20____

Mitjançant la signatura d'aquesta ordre de domiciliació, el deutor autoritza al creditor a enviar instruccions a l'entitat del deutor per carregar el seu compte i a l'entitat per efectuar els càrrecs al seu compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit a la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s'ha d'efectuar dins de les vuit setmanes que segueixen a la data de càrrec al compte. Pot obtenir informació addicional sobre els seus drets dirigint-se a la seva entitat financera.