MutualMèdica

La Mutualidad de los Médicos

Solicitud familiares Asistencia en Viaje

Documento de solicitud para incluir familiares de primer grado en la cobertura de Asistencia en Viaje

¿Qué estás solicitando?

Estás solicitando que Mutual Médica incluya en tu cobertura de asistencia en viaje a uno o varios familiares de primer grado. Esta cobertura tiene un coste anual de **5€** por cada familiar inscrito.

¿Qué necesitas saber antes de firmar?

- La cobertura de asistencia en viaje se ampliará únicamente a los familiares indicados en esta solicitud, una vez se haya completado correctamente todo el proceso.
- Como familiares de primer grado incluye exclusivamente a **cónyuge/pareja, hijos, padres o suegros**.
- Para formalizar esta solicitud, deberás remitir la siguiente documentación: **Orden SEPA** firmada y **Certificado de titularidad bancaria**.

¿Qué debes hacer una vez rellenado el formulario?

Una vez cumplimentado este formulario y recopilada la documentación, por correo electrónico a **produccion@mutualmedica.com**. Y si tienes cualquier duda o necesitas ayuda, contacta con nuestro equipo de Atención al Mutualista en el **900 82 88 99**.

Datos del mutualista

Nombre: _____

Apellidos: _____

DNI/NIE: _____

MutualMèdica

La Mutualidad de los Médicos

Familiar 1

Nombre y apellidos					
DNI		**Teléfono**		**Fecha nacimiento**	
Domicilio					
Correo electrónico				**Relación con el socio**	

Familiar 2

Nombre y apellidos					
DNI		**Teléfono**		**Fecha nacimiento**	
Domicilio					
Correo electrónico				**Relación con el socio**	

Familiar 3

Nombre y apellidos					
DNI		**Teléfono**		**Fecha nacimiento**	
Domicilio					
Correo electrónico				**Relación con el socio**	

Familiar 4

Nombre y apellidos					
DNI		**Teléfono**		**Fecha nacimiento**	
Domicilio					
Correo electrónico				**Relación con el socio**	

En _____

A _____ de _____ de 20____

Firma

MutualMèdica

La Mutualidad de los Médicos

Autorización
SEPA

Autorizo a la entidad financiera indicada a continuación, a cargar en mi cuenta los recibos emitidos por Mutual Médica a mi nombre.

Nombre y apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Código Postal y población: _____

Provincia: _____

Número de cuenta IBAN

E	S																					

En _____

A _____ de _____ de 20____

Firma

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.