Almudena seguros

Nº de Póliza: .....

Seguros de Protección Familiar

☐ Garantía Pediátrica ☐ Garantía Oftalmológica

Solicitud de reembolso por gastos de Asistencia Médica

Facturas que se adjuntan:

Fecha factura	Asegurado (Paciente)	Nif	Fecha nacimiento	Acto Médico	Importe

Sólo se reembolsarán facturas originales que contengan los siguientes datos:

- **Datos del emisor de la factura (Profesional o Centro Médico): Nombre y apellidos o Razón Social, domicilio, Número de Identificación Fiscal (Nif), especialidad médica, número de colegiado.**
- **Datos del paciente (Asegurado): Nombre y apellidos, Nif y fecha de nacimiento.**
- **Datos del acto médico prestado: Descripción, fecha y coste.**
- **Asimismo, en toda factura debe figurar su número, lugar y fecha de expedición.**

DATOS Y CUENTA CORRIENTE DEL PERCEPTOR DEL PAGO:

Nombre y Apellidos: ..... **Nif:** .....

Banco o Caja: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... **C. Postal:** .....

IBAN

En: ..... a ..... de ..... de .....

Firma: _____

Almudena Cía de Seguros y Reaseguros, S.A. con Sede Social en C/ Arturo Soria, 153 - 28046 Madrid. Inscrita en el Registro Mercantíl T7.530, Folio 13, Hoja M121815 CIF A 28061083 e inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la DGSFP con el código C-0311