

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

[illegible]

En: a de de

Cuando más nos necesitas
www.almudenaseguros.es

