

STRO. N.º

Fecha: / /

FORMULARIO REINTEGRO DE GASTOS - SEGURO ESCOLAR

Datos del alumno:

Apellido y nombre: DNI N.º:

Datos del establecimiento educativo:

Nº de póliza:

Denominación:

Domicilio: Loc.: Tel.:

Destinatario del reintegro:

Apellido y nombre: DNI N.º:

Domicilio: Loc.: Tel.:

N.º	Detalle de comprobantes	Importe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
	Total a reintegrar en letras:	\$

.....
Firma y sello de la autoridad / institución / asegurado

Nota: se deberán adjuntar los originales de los comprobantes de los gastos efectuados y completar los datos del destinatario del reintegro.