

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del Titular:	
C.I.:	
Nombre y Apellido del Paciente:	
C.I.:	
Compañía de Seguro:	
Empresa:	
Teléfono:	
Estado:	Localidad:
Oftalmólogo Tratante:	

DATOS PARA EL REEMBOLSO

Banco:
N° Cuenta Bancaria del Titular:

NOTA: El reembolso de monturas y lentes se realizará de acuerdo al plan de cobertura y hasta un monto anual máximo de Bs.F. 400.00 por persona.

DOCUMENTOS CONSIGNADOS

Factura Original <input type="radio"/>	Informe <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/>
Especifique:		

J-30498518-5

Representante de la
Compañía de Seguros

Firma del Paciente

NOTA: Formato no válido sin sello húmedo de la compañía de seguros.