

## 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. 1.000.00 por persona.

## DOCUMENTOS CONSIGNADOS

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

J-30498578-5

\_\_\_\_\_  
Representante de la  
Compañía de Seguros

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

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