

Solicitud de Reembolso de Monturas y Lentes

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:	

FORMA DE PAGO

Cheque <input type="radio"/>	Depósito <input type="radio"/>	Transferencia <input type="radio"/>
Banco:		
Nº. Cuenta Bancaria:		

Nota: El reembolso de monturas y lentes se realizará de acuerdo al plan de cobertura y hasta un monto anual máximo de BsF. 400,00 por persona.

DOCUMENTOS CONSIGNADOS

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

Representante de la
Compañía de Seguros

Firma del Paciente

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