FIDENS ASISTENCIA

LLENE LA SIGUIENTE PLANILLA PARA SOLICITAR UN REEMBOLSO SOBRE GASTOS DE MONTURA Y CRISTALES:

Nombre y Apellido del Asegurado:	Cédula de Identidad Nro.:	Números Telefónicos:
Correo Electrónico:		
Nombre y apellido del Beneficiario:	Cédula de Identidad Nro.:	Números Telefónicos:

REQUISITOS PARA REEMBOLSO. (INDISPENSABLE)

1.- Haber notificado a Fidens Asistencia su intencion de haber asistido a una consulta oftalmológica (Opcional).
2.- Enviar informe médico del oftalmólogo tratante, donde se especifica el diagnóstico y formula de los cristales.
3.- Factura original a nombre del asegurado. (Ésta debe cumplir con los requerimientos de **SENIAT**).
4.- Fotocopia de la C.I del Asegurado Titular y del beneficiario (Si es menor de edad, copia de la partida de nacimiento).

CON EL FIN DE AGILIZAR EL REEMBOLSO QUE CORRESPONDA, LE AGRADECEMOS LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre y Apellido del titular de la cuenta:	C.I del Titular de la cuenta:
Entidad Bancaria:	Tipo de cuenta:
	Cte.:_____Ahorro.:_____
Compañía Aseguradora:	Cuenta Número: (20 dígitos):

Firma del Asegurado Titular:	Fecha: Día: Mes: Año: