



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 su intención de haber asistido a una consulta Odontológica al Call Center de Fidens Asistencia.
- 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).
- 5.- En caso de poseer una póliza colectiva, enviar fotocopia de carnet correspondiente.

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.: _____	Cuenta Número: (20 dígitos):
Compañía Aseguradora:	Empresa para la cual trabaja:	

Firma del Asegurado Titular:

Fecha: Día:      Mes:      Año:

Los campos deben ser llenados en su totalidad.

En caso de Suministrar algun dato erroneo Fidens no se hará responsable por el pago.