



Form.: 014

SOLICITUD DE LENTES Y ARMAZÓN

Fecha :

--	--	--

INSTITUCION: _____

Nombre del Beneficiario: _____

C.I.: _____

E-mail Particular: _____

Nº de Celular: _____

ESTE FORMULARIO DEBE ACOMPAÑARSE DE LA RECETA DEL MÉDICO OFTALMÓLOGO Y LOS ORIGINALES DE LA FACTURA Y RECIBO DE PAGO O FACTURA DE CONTADO.

Marcar con una cruz lo que corresponda:

1- LENTES CONVENCIONALES:

- cristales multifocales fotocromáticos
- cristales para lentes de trabajo
- cristales de alto índice de refracción (para miopía o hipermetropía mayor de 5 dioptrías)

2- ARMAZÓN:

- para lentes de lejos para lentes de cerca

	SI	NO
Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Cobertura de Riesgos para el complemento de factura (hasta 30% de tope SEMI)		

Firma del oftalmólogo: _____ Aclaración: _____

Firma del beneficiario: _____ Aclaración: _____

Para uso exclusivo de SEMI

Solicitud anterior: SI NO Fecha:

--	--	--

 Descripción: _____
Ver adjunto: SI NO _____
RESOLUCION: _____

Fecha:

--	--	--

Monto aprobado por SEMI: \$

--

Monto aprobado FCR: \$

--

TOTAL \$

--