



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO DE LENTES Y ARMAZONES

### DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

Nombre:	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
C.I.:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Institución:	<input type="text"/>

### SOLICITUD DE LENTES DE CONTACTO MULTIFOCALES

#### COMPLEMENTACIÓN CON FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para el complementar hasta 30% del tope SEMI

#### DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- La receta original emitida y firmada por el médico oftalmólogo con fecha no mayor a 60 días de la solicitud
- Boleta contado o factura de crédito acompañada del recibo de pago (originales), posterior a la fecha de la receta y no mayor a 60 días de la fecha de la solicitud
- SEMI no subsidia lentes simples ni lentillas de visión intermedia

#### FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del beneficiario (NO RÚBRICA):

Aclaración de firma

Fecha

#### DATOS A COMPLETAR POR EL OFTALMÓLOGO TRATANTE

Graduación para lentes de cerca:	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	OD
Graduación para lentes de lejos:	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	OD

#### FIRMA DEL OFTALMÓLOGO TRATANTE

Firma del oftalmólogo (NO RÚBRICA)

Aclaración de firma

Fecha

#### CONTROLES FORMALES DE DOCUMENTACION - PARA USO EXCLUSIVO DE SEMI

SI  NO      Solicitud Anterior      Fecha de Solicitud anterior :

Descripción de Solicitud Anterior:

#### RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución:	<input type="text"/>	Fecha Recibido:	<input type="text"/>
		Fecha Resolución:	<input type="text"/>