

El formato deberá ser llenado en su totalidad, según aplique, con información correcta, detallada y firmada por el Asegurado Titular y datos de la Óptica.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (*Datos Obligatorios)									
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)*			Número de Póliza*
RFC	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP		Sexo	Fecha de nacimiento*
								M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Ocupación actual*			Actividad o Giro del negocio donde trabaja*			Correo electrónico			
Calle*					No. Exterior*		No. Interior		Colonia*
Código Postal*		País*		Municipio o Delegación*		Ciudad o Población*		Entidad Federativa*	
								Teléfono (con clave lada)*	clave lada
									teléfono
DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)									
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)*			Número de Póliza*
RFC	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP		Sexo	Fecha de nacimiento*
								M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Parentesco*			Ocupación actual*			Actividad o Giro del negocio donde trabaja*			Correo electrónico
Titular <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>						
Calle*					No. Exterior*		No. Interior		Colonia*
Código Postal*		País*		Municipio o Delegación*		Ciudad o Población*		Entidad Federativa*	
								Teléfono (con clave lada)*	clave lada
									teléfono
DATOS DE LA ÓPTICA									
Nombre Comercial o Razón Social									
SERVICIOS OTORGADOS									
( ) <b>Anteojos Completos</b> (armazón y lentes graduados, no cosméticos) Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos	Fecha de Servicio					Importe reclamado			
	día	mes		año					
( ) <b>Lentes de Contacto</b> (graduados, no cosméticos) Incluye: Solución para lentes de contacto	Dipotriás								
	Ojo Derecho		Ojo Izquierdo						
<p>No se cubre</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.</li> <li>Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar (Lentes de Sol) o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.</li> </ol>									

## DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE DE REEMBOLSO:

- a. Formato de solicitud de Reembolso
  - b. Copia de prescripción de anteojos o lentes de contacto en el que se especifique el nombre del Asegurado afectado
  - c. Comprobante fiscal digital (CFDI), así como el archivo XML emitido a favor del Asegurado Titular.
  - d. Copia de la Identificación Oficial del titular de la póliza a quien deberá hacerse la transferencia electrónica, orden de pago o cheque.
  - e. Copia del comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad) en caso de que sea diferente a la de la identificación oficial.
  - f. Carta explicativa indicando el motivo por el cual no se acudió a una óptica de la red. (No aplica en planes de Red Abierta.)
- (1) **Anexar los siguientes documentos adicionales en caso de que el Asegurado Titular tenga una nacionalidad diferente a "Mexicana"**
- a. **Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera**, en condiciones de estancia de residente temporal o permanente en términos de la ley de migración.
    - Copia del documento que acredite la calidad migratoria en el país.
  - b. **Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera**, sin residencia en territorio mexicano.
    - Copia del pasaporte.
    - Copia de documento que acredite su internación o legal estancia en el país.
    - Copia de documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO

Por este medio instruyo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. ("Dentegra") para que realice el pago de las cantidades autorizadas por concepto de reembolso por medio de:

<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos
Banco: _____
Cuenta CLABE: _____
<input type="checkbox"/> Orden de Pago
Nombre: _____
Ciudad: _____
Correo electrónico: _____
<input type="checkbox"/> Cheque

## FIRMAS

Por este conducto acepto y reconozco en mi calidad de Asegurado Titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber o que han recibido los servicios oftalmológicos que se mencionan. Autorizo a Dentegra el uso y divulgación de los datos personales y sensibles proporcionados en este documento para los fines que se consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros y del Aviso de Privacidad que conozco se encuentra en [dentegra.com.mx](http://dentegra.com.mx). Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, error, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto.

\_\_\_\_\_  
Firma o sello de la Óptica

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular  
o Representante legal (menores de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha