

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, evite rechazos)										
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)*			Número de Póliza*	
RFC		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP		Sexo	
									M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento*			País de nacimiento*			Nacionalidad*(1)				
Ocupación actual*			Actividad o Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico				
Calle*					No. Exterior*		No. Interior		Colonia*	
Código Postal*		País		Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*		Entidad Federativa*		
								Teléfono (con clave lada)*		
DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)										
Mismo domicilio que el titular <input type="checkbox"/>										
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)*			Número de Póliza*	
RFC		letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP		Sexo	
									M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento*			País de nacimiento*			Nacionalidad*(1)				
Parentesco*			Ocupación actual*			Actividad o Giro del negocio donde trabaja			Correo electrónico	
Hijo <input type="checkbox"/>			Cónyuge <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/>				
Calle*					No. Exterior*		No. Interior		Colonia*	
Código Postal*		País		Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*		Entidad Federativa*		
								Teléfono (con clave lada)*		
DATOS DE LA ÓPTICA										
Nombre Comercial o Razón Social										
SERVICIOS OTORGADOS										
() Anteojos Completos (armazón y lentes graduados, no cosméticos) Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos			Fecha de Servicio				Importe reclamado			
			día	mes		año				
() Lentes de Contacto (graduados, no cosméticos) Incluye: Solución para lentes de contacto			Dipotriás							
			Ojo Derecho		Ojo Izquierdo					
<p>No se cubre</p> <p>1. Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.</p> <p>2. 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.''</p>										

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 y el PDF emitido a favor del Asegurado Titular.
 - d. Copia de la Identificación Oficial vigente 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.)
 - g. En caso de solicitar Transferencia Electrónica de Fondos enviar copia del estado de cuenta (menor a 3 meses de antigüedad) a nombre del Titular o Beneficiario afectado donde se visualice la cuenta CLABE.
En caso de transferencia a beneficiario incluir copia de identificación oficial vigente.
- (I) 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 (Datos del Titular o del Beneficiario afectado, siempre y cuando sea mayor de edad)

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:

Transferencia Electrónica de Fondos

Orden de Pago

Nombre: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

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 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 del Asegurado Titular
o Representante legal (menores de edad)

Fecha