



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)* (sin abreviaturas)		Número de Póliza*
Fecha de nacimiento*		País de nacimiento*		Nacionalidad*(l)	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación actual*
RFC	letras	año	mes	día	homoclave	CURP
Domicilio indicando Calle y/o Avenida*				No. Exterior*	No. Interior	Colonia*
Código Postal*	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población*	Entidad Federativa*		Teléfono*
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)* (sin abreviaturas)		Parentesco* Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento*		País de nacimiento*		Nacionalidad*(l)	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación actual*
RFC	letras	año	mes	día	homoclave (si cuenta con ella)	CURP
Domicilio indicando Calle y/o Avenida*				No. Exterior*	No. Interior	Colonia*
Código Postal*	Alcaldía o Municipio*		Ciudad o Población	Entidad Federativa*		Teléfono*
DATOS DE LA ÓPTICA						
Nombre Comercial o Razón Social						
SERVICIOS OTORGADOS						
No. Factura	Marque uno	Descripción del Servicio	Dioptría Ojo Derecho	Dioptría Ojo Izquierdo	Fecha de Servicio	Importe reclamado
		Anteojos Completos (armazón y lentes graduados, no cosméticos) Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos.				\$
		Lentes de Contacto (graduados, no cosméticos) Incluye: Solución para lentes de contacto.				\$
<p>No se cubre:</p> <ol style="list-style-type: none"> Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura. 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. 						



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.
 - 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 el 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.
 - h. En caso de transferencia a beneficiario incluir copia de la 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 del documento que acredite su internación o legal estancia en el país.
 - Copia del documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

INSTRUCCIÓN DE PAGO DEL FINIQUITO

Por este medio solicito y autorizo a Dentegra Seguros Dentales S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor por concepto de reembolso, se realice el pago por medio de:

Transferencia Electrónica de Fondos

Orden de Pago

Nombre: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

El asegurado declara, bajo protesta de decir verdad, que el estado de cuenta bancario proporcionado se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depósitos que a favor de dichas cuentas se efectúen.

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 en el presente formato. 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 la página 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.

Solicito y autorizo a Dentegra Seguros Dentales S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro celebrado con esta Aseguradora, sea cubierto a través de la opción seleccionada.

Al efectuarse el pago por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones generales de la póliza, otorgo a favor de Dentegra Seguros Dentales S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome derecho o acción de ningún tipo que ejercitar en su contra y desisténdome en su caso de las ya intentadas o iniciadas. El estado de cuenta ó documento que refleje el movimiento será prueba del pago y de la fecha en que se realizó.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de mis datos personales.

Firma del Asegurado Titular o Padre o Tutor
del menor de edad

Fecha