



El formato de Solicitud de Reembolso de Visión consta de dos hojas que pueden ser llenadas desde la computadora o a mano con letra de molde que sea legible.

Hoja 1:

1. Datos del Asegurado Titular
2. Datos del Asegurado Afectado
3. Datos de la Óptica
4. Servicios Otorgados

Hoja 2:

5. Documentos requeridos para el trámite de Reembolso
6. Información para el Pago
7. Firmas

Formato de Solicitud de Reembolso de Visión - Hoja I



Av. Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez,
C.P. 03230, Ciudad de México.
Aclaraciones Ciudad de México e Interior de la República al **55 5002 3102**
dentegra.com.mx

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE VISIÓN

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 ^{(1) Datos Obligatorios, evite rechazos}

Apellido paterno*		Apellido materno*		Nombre(s)*		Número de Póliza*	
RFC <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>		CURP		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento*	
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 <small>(con clavelada)*</small> <small>clavelada</small> <small>teléfono</small>	
----------------	--	------	--	-----------------------	--	---------------------	--	---------------------	--	---	--

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO ^(en caso de ser distinto al Asegurado Titular)

Apellido paterno*		Apellido materno*		Nombre(s)*		Número de Póliza*	
RFC <small>letras año mes día homoclave (si cuenta con ella)</small>		CURP		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento*	
Parentesco* Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		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 <small>(con clavelada)*</small> <small>clavelada</small> <small>teléfono</small>	
----------------	--	------	--	-----------------------	--	---------------------	--	---------------------	--	---	--

DATOS DE LA ÓPTICA

Nombre Comercial o Razón Social

SERVICIOS OTORGADOS

	Fecha de Servicio			Importe reclamado
	dia	mes	año	
() Anteojos Completos <small>(armazón y lentes graduados, no cosméticos) Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos</small>				
() Lentes de Contacto <small>(graduados, no cosméticos) Incluye: Solución para lentes de contacto</small>	Dipotriás			
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo		

No se cubre

1. Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.

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."

Hoja 1 de 2

FRV04/2020

“ Secciones: ”

1

Datos del Asegurado Titular

2

Datos del Asegurado Afectado

3

Datos de la Óptica

4

Servicios Otorgados

Formato de Solicitud de Reembolso de Visión - Hoja 2

5

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 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.

6

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: _____

7

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, retención u omisión o inexacta declaración al respecto.

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

 Fecha

Hoja 2 de 2
FRV04/2020

- “ Secciones: ”
- 5 Documentos requeridos para el trámite de Reembolso
 - 6 Información para el Pago
 - 7 Firmas

Sección I. Datos del Asegurado Titular

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR <small>(*Datos Obligatorios, evite rechazos)</small>											
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)* 1			Número de Póliza* 2		
RFC		CURP		Sexo		Fecha de nacimiento* 3		País de nacimiento* 4		Nacionalidad*(I) 5	
Ocupación actual* 6			Actividad o Giro del negocio donde trabaja 7			Correo electrónico					
Calle* 8			No. Exterior* 9			No. Interior		Colonia* 10			
Código Postal* 11		País 12		Alcaldía o Municipio* 13		Ciudad o Población* 14		Entidad Federativa* 15		Teléfono (con clave lad) 16	

Esta sección se deberá completar con los datos actuales del Asegurado Titular de la póliza.

* Datos Obligatorios:

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Nombre completo del Asegurado Titular 2 Número de Póliza 3 Fecha de Nacimiento 4 País de Nacimiento 5 Nacionalidad 6 Ocupación actual | <ul style="list-style-type: none"> 7 Actividad o Giro del negocio donde trabaja 8 Calle 9 Número Exterior 10 Colonia 11 Código Postal | <ul style="list-style-type: none"> 12 País 13 Alcaldía o Municipio 14 Ciudad o Población 15 Entidad Federativa 16 Teléfono |
|--|--|---|

En caso de no llenar algún dato obligatorio, es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 2. Datos del Asegurado Afectado

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)* 1							
RFC		CURP		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento* 2		País de nacimiento* 3		Nacionalidad*(1) 4	
Parentesco* 5 Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Ocupación actual* 6		Actividad o Giro del negocio donde trabaja 7				Correo electrónico			
Calle* 8		No. Exterior* 9		No. Interior		Colonia* 10					
Código Postal* 11		País 12		Alcaldía o Municipio* 13		Ciudad o Población* 14		Entidad Federativa* 15		Teléfono (con clave lada)* 16	

Esta sección se deberá completar con los datos actuales del Asegurado Titular de la póliza.

* Datos Obligatorios:

- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 1 Nombre completo del Asegurado Afectado | 7 Actividad o Giro del negocio donde trabaja | 13 Alcaldía o Municipio |
| 2 Fecha de Nacimiento | 8 Calle | 14 Ciudad o Población |
| 3 País de Nacimiento | 9 Número Exterior | 15 Entidad Federativa |
| 4 Nacionalidad | 10 Colonia | 16 Teléfono |
| 5 Parentesco | 11 Código Postal | |
| 6 Ocupación actual | 12 País | |

En caso de no llenar algún dato obligatorio, es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 3. Datos de la Óptica

DATOS DE LA ÓPTICA

Nombre Comercial o Razón Social

1

En esta sección se deberán indicar los datos de la óptica que otorgó el servicio al asegurado afectado:

- 1 Nombre completo de la óptica que otorgó el servicio al asegurado.

Sección 4. Servicios Otorgados

SERVICIOS OTORGADOS

1 () Anteojos Completos (armazón y lentes graduados, no cosméticos) Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos	2 Fecha de Servicio día mes año		4 Importe reclamado
	3 Dioptrías Ojo Derecho Ojo Izquierdo		
() Lentes de Contacto (graduados, no cosméticos) Incluye: Solución para lentes de contacto			

No se cubre

1. Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.
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.*

En esta sección se deberá detallar el servicio otorgado que se desea indemnizar:

- 1 **Servicio Otorgado:** Seleccionar entre Anteojos Completos (Armazón y lentes graduados, no cosméticos. Incluye: Microfibra para limpieza de anteojos), o bien Lentes de Contacto (Graduados, no cosméticos. Incluye: Solución para lentes de contacto).
- 2 **Fecha de Servicio:** Es obligatorio llenar este campo y corresponde a la fecha en que el servicio fue otorgado. En caso de no llenar este campo, puede ser motivo de rechazo del reembolso.
- 3 **Dioptrías:** Indique el número de dioptrías para el Ojo Derecho y el Ojo Izquierdo.
- 4 **Importe Reclamado:** Corresponde al costo total del servicio otorgado.

No se cubre

1. Reemplazos de armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.
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.

Sección 5. Documentos requeridos para el trámite de Reembolso

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL TRÁMITE DE REEMBOLSO:

- Formato de solicitud de Reembolso
 - Copia de prescripción de anteojos o lentes de contacto en el que se especifique el nombre del Asegurado afectado
 - Comprobante fiscal digital (CFDI), así como el archivo XML y el PDF emitido a favor del Asegurado Titular.
 - Copia de la Identificación Oficial vigente del titular de la póliza a quien deberá hacerse la transferencia electrónica, orden de pago.
 - Copia del comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad) en caso de que sea diferente a la de la identificación oficial.
 - Carta explicativa indicando el motivo por el cual no se acudió a una óptica de la red. (No aplica en planes de Red Abierta.)
 - 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.
- (1) **Anexar los siguientes documentos adicionales en caso de que el Asegurado Titular tenga una nacionalidad diferente a "Mexicana"**
- 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.
 - 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.

En esta sección se encuentra el listado de los documentos que se requieren para poder realizar el trámite de reembolso. La falta de documentación es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 6. Información de Pago

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:

- 1 Transferencia Electrónica de Fondos
- 2 Orden de Pago
- Nombre: _____
- Ciudad: _____
- Correo electrónico: _____

En esta sección se deberá seleccionar la manera en la que se desea que Dentegra realice la indemnización:

- 1 **Transferencia Electrónica de Fondos:** especificar el nombre del Banco, la cuenta CLABE (número de 16 dígitos) y anexar un estado de cuenta en donde se muestre la cuenta CLABE.
- 2 **Orden de Pago:** indicar el nombre del titular, ciudad en la que se realizará el cobro y correo electrónico al que se desea se envíe.

Sección 7. Firmas

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.

1 _____
Firma del Asegurado Titular
o Representante legal (menores de edad)

2 _____
Fecha

En esta sección se deben plasmar las rúbricas correspondientes:

- 1 Firma del Asegurado Titular de la póliza o Representante legal (menores de edad).
- 2 Fecha en la que se firmó el formato.

La falta de firmas es motivo de rechazo del reembolso.



Contáctanos: 55 5002 3102



dentegra.com.mx