

Póliza No.: \_\_\_\_\_

Certificado No.: \_\_\_\_\_

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde

**I. Datos Generales**

- 1) Titular  Cónyuge  Hijo(a)  Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_
- 2) Dirección: \_\_\_\_\_ Sexo F  M
- 3) No. celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- 4) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ No. DNI: \_\_\_\_\_
- 5) ¿Tiene usted o su cónyuge otro Seguro Médico? Si  No  ¿Que compañía? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_
- 6) ¿Qué tipo de póliza es? Colectiva  Individual  7) ¿Quién es el titular de la póliza? \_\_\_\_\_

**II. Para ser Completada por el Oftalmólogo u Optómetra**

¿Actualmente utiliza lentes el paciente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa indicar desde cuándo	Día	Mes	Año	Fecha de último cambio de lentes	Día	Mes	Año
Diagnóstico(s):								
Visión de ojo derecho					Visión de ojo izquierdo			
Observaciones:								

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_

Nombre del Oftalmólogo u Optómetra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello