

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO DE LENTES Y ARMAZONES

DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

Nombre:		Apellido:	
C.I.:		Celular:	
Email:		Institución:	

TIPO DE PRESTACIÓN

Indique con una cruz, el tipo de prestación de lentes que solicita

Cristales Multifocales	☐	Lentes de Contacto Multifocales	☐
Lentes de Alto Índice de Refracción	(para miopía o hipermetropía mayor de 5 dioptrías)		☐

SOLICITUD DEL BENEFICIARIO

Indique con una cruz, según corresponda, el detalle de su solicitud

☐	☐	☐	☐
Cristales	Armazón	Lentes de Contacto	Cristales Fotocromáticos

COMPLEMENTACIÓN CON FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

☐ Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para complementar hasta 30% del tope SEMI

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)	Aclaración de firma	Fecha

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- La receta original emitida y firmada por el médico oftalmólogo con fecha no mayor a 60 días de la solicitud
- Boleta contado o factura de crédito acompañada del recibo de pago (originales), posterior a la fecha de la receta y no mayor a 60 días de la fecha de la solicitud
- SEMI no subsidia lentes simples, bifocales, ni cualquier otro tipo de lentes cuya cobertura corresponda al BPS

CONTROLES FORMALES DE DOCUMENTACION - PARA USO EXCLUSIVO DE SEMI

Solicitud Anterior	☐ SI ☐ NO	Fecha:				Fecha de Recibido en SEMI:
Descripción de Solicitud Anterior:						

Resolución del Consejo
Directivo de SEMI

Fecha de Resolución