

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO DE LENTES Y ARMAZONES

DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

Nombre:		Apellido	
C.I.:		Teléfono Móvil:	
Email:		Institución:	

SOLICITUD DE CRISTALES DE ALTO INDICE DE REFRACCIÓN (para miopía o hipermetropía mayor de 5 dioptrías)

Indique con una cruz, según corresponda

Solicito cristales de alto índice de refracción:	☐
Solicito cristales fotocromáticos:	☐
Solicito armazón para lentes de alto índice de refracción:	☐

COMPLEMENTACIÓN CON FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

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

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 ni lentillas de visión intermedia

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del beneficiario (NO RÚBRICA):

Aclaración de firma

Fecha

DATOS A COMPLETAR POR EL OFTALMÓLOGO TRATANTE

Graduación para lentes de cerca:		OI		OD
Graduación para lentes de lejos:		OI		OD

FIRMA DEL OFTALMÓLOGO TRATANTE

Firma del oftalmólogo (NO RÚBRICA)

Aclaración de firma

Fecha

CONTROLES FORMALES DE DOCUMENTACION - PARA USO EXCLUSIVO DE SEMI

☐ SI ☐ NO	Solicitud Anterior	Fecha de Solicitud anterior :	
Descripción de Solicitud Anterior:			

RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución:		Fecha Recibido:	
		Fecha Resolución:	