



SOLICITUD DE REINTEGRO DE OPTICA

1. Datos del Afiliado:

Nombre y Apellido del Afiliado: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Nro. de DNI: _____
Domicilio: Calle _____
Nro.: _____ Piso _____ Depto _____ Localidad: _____
Provincia: _____ C.P.: _____
Teléfono Particular: () _____ Celular () _____
Correo Electrónico: _____ @ _____ .com.ar
Nombre y Apellido del Beneficiario del reintegro: _____
Nro. de DNI: _____ Parentesco con el Afiliado: _____

2. Documentación para el pago del Subsidio (la misma puede entregarse en copia legible):

- Receta Médica
- Recibo de haberes del titular del mes anterior donde figure el descuento de la cuota sindical.
- DNI del beneficiario
- Factura emitida por la óptica
- Comprobante bancario del CBU del beneficiario con detalle de titularidad
- Toda la documentación, podrá enviarse a la siguiente dirección de email: beneficios@soeme.com.

3. Datos bancarios del beneficiario para el pago del siniestro:

CUIL del Beneficiario (el mismo está compuesto de 11 dígitos): _____
Banco: _____ Sucursal: _____
Tipo de Cuenta (Indicar si es una Caja de Ahorro o Cuenta Corriente): _____
Comprobante de CBU (el mismo está compuesto de 22 dígitos): _____

Aclaración: Se deja expresa constancia que para el pago del siniestro por medios electrónicos la cuenta bancaria denunciada deberá ser de titularidad del beneficiario del pago.

NOTA: La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte. Esta declaración se formula por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro. El plazo de caducidad del subsidio opera al año de adquiridos los anteojos.-

Firma del Beneficiario

_____/_____/20_____
Fecha