



Complete la planilla con los datos solicitados y envíela junto con todos los requisitos a través del siguiente casillero del Grupo Zoom: CCS 2581

| <b>Planilla de Solicitud de Reembolsos Oftalmológicos</b> |  |
|---|--|
| <b>Datos Personales</b>                                   |  |
| Nombres y apellidos del titular:                          |  |
| Cédula de Identidad:                                      |  |
| Nombres y apellidos del Paciente:                         |  |
| Cédula de Identidad:                                      |  |
| Compañía de Seguro:                                       |  |
| Empresa donde labora:                                     |  |
| Correo Electrónico:                                       |  |
| Teléfono:   |  |
| Celular:  |  |
| <b>Datos para el Reembolso</b>                            |  |
| Banco:  |  |
| Nº Cuenta Bancaria del Titular:                           |  |
| <b>Datos de la Factura</b>                                |  |
| Nº de la Factura:   |  |
| Monto de la Factura:                                      |  |

**Oficina Administrativa**

Av. Francisco de Miranda con José Lazo Martí,  
Torre EASO, piso 4, Ofic. J y K,  
El Rosal, Municipio Chacao. Caracas - Venezuela.

**Master**

0212 - 821.2600. Telf.: 0212- 953.0951 /  
821.2601 / 821.2630 /821.2649