



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

Planilla de Solicitud de Reembolsos Oftalmológicos	
Datos Personales	
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:	
Datos para el Reembolso	
Banco:	
Nº Cuenta Bancaria del Titular:	
Datos de la Factura	
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