



AMSES

ASOCIACIÓN MUTUAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SOLICITUD DE REINTEGRO DE ÓPTICA

DATOS DEL BENEFICIARIO/A:

Número de Legajo	Apellido y Nombres	Fecha de Nacimiento		
Nº de Documento	Nacionalidad			
Domicilio Particular / Calle	Número	Piso	Dto	Código Postal
Localidad	Provincia	U.D.A.I / Oficina ANSES		

CONTACTO

Nº de Celular	Correo Electrónico

DATOS BANCARIOS

Nombre	Apellido	Nº de Cuil	
			- -
Banco	C.B.U.	Alias	

DATOS DEL FAMILIAR QUE GENERA EL REINTEGRO

Familiar 1			
Apellido y Nombres	Nº de Documento	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /

Familiar 2			
Apellido y Nombres	Nº de Documento	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /

Familiar 3			
Apellido y Nombres	Nº de Documento	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /

Familiar 4			
Apellido y Nombres	Nº de Documento	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento
			/ /

Condiciones y Requisitos:

- La **AMSES** otorga a todos los beneficiarios y beneficiarias del convenio con el **SECASFPI** y a su grupo familiar directo, un reintegro de **\$ 10.000.-** en lentes recetados.
- Para ser beneficiario/a se requiere ser afiliado/a a el **SECASFPI**.
- Para acceder al reintegro el o la beneficiaria deberá presentar: receta médica, recibo de haberes del titular del mes anterior donde figure el descuento de la cuota sindical, D.N.I. titular del beneficio, factura emitida por la óptica.
- El presente formulario y la documentación del punto 3 deberá remitirse por correo electrónico a **secretaria@mutualamses.org.ar**.
- El reintegro se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta que el o la beneficiaria declare en la presente solicitud.
- El reintegro en lentes recetados será **uno (1)** por año calendario, por beneficiario/a y/o miembro de su grupo familiar directo.

*Los datos consignados en la presente solicitud son fidedignos y revisten el carácter de declaración jurada.
Declaro también tener conocimiento y cumplir con los requisitos y condiciones para el cobro del presente subsidio, caso contrario autorizo a la AMSES a descontar de mis haberes, el importe mal percibido en concepto de cobro del subsidio solicitado.*

LUGAR Y FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN