



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:

1. La **AMSES** otorga a todos los beneficiarios y beneficiarias del convenio con el **SECASFPI** y a su grupo familiar directo, un reintegro de **\$ 17.000.-** en lentes recetados.
2. Para ser beneficiario/a se requiere ser afiliado/a a el **SECASFPI**.
3. 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.
4. El presente formulario y la documentación del punto 3 deberá remitirse por correo electrónico a **secretaria@mutualamses.org.ar**.
5. El reintegro se realizará mediante transferencia bancaria a la cuenta que el o la beneficiaria declare en la presente solicitud.
6. 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