



SOLICITUD DE BONIFICACIÓN DE GASTOS MÉDICOS VETERINARIOS

Nombre de la Mascota: _____ N° Microchip de la mascota _____

Fecha Atención (dd/mm/aaaa): _____ R.U.T. del Contratante: _____

Tratamiento: procedimientos / exámenes / otros: _____

R.U.T. del Profesional _____ Nombre del Profesional: _____

Código del Profesional _____ Firma y Timbre del Profesional: _____

Por este medio certifico que las declaraciones son verídicas y faculto a la compañía a solicitar al médico veterinario tratante y establecimientos médicos, los antecedentes médicos y autorizo a dichos profesionales médicos e instituciones a entregar la Compañía todos los antecedentes solicitados con objeto de hacer efectivo el uso del plan.

El profesional médico veterinario tratante debe ser una persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina veterinaria en Chile y que posee título de médico cirujano veterinario otorgado o validado por una universidad reconocida por el Estado de Chile.

Adjuntar el presente formulario, las boletas de gastos por honorarios médicos y procedimientos. Éstas deben venir legibles, debidamente timbrados y firmados por el médico veterinario tratante e identificando a la mascota, su respectivo número de chip y una descripción del gasto que contempla. Asimismo, incluir los vouchers de pago de dichas prestaciones.

Declaro que la información aportada en esta solicitud es verdadera.
Declaro estar en conocimiento expreso de que cualquier declaración falsa entregada en el presente formulario faculta a la compañía para rechazar la bonificación y la posterior devolución del monto reclamado.

Nombre y Firma del Contratante