



Planes  
Mascotas

Acompañamos a tu mascota en todo momento



## 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