

Formulario de Solicitud de Reembolso

Complete este formulario y envíelo con los documentos requeridos a: contacto@petsupport.cl



1. Datos del Tutor

Nombre completo: _____

RUT: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

2. Datos de la Mascota

Nombre de la mascota: _____

Especie: _____

Raza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de microchip: _____

3. Datos del Médico / Clínica Veterinaria

Nombre del médico veterinario: _____

Clínica veterinaria: _____

RUT de la clínica: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo de la clínica: _____

4. Diagnóstico y Detalles del Tratamiento

Diagnóstico: _____

Tratamiento indicado: _____

Fecha de atención: ____ / ____ / ____

Monto total solicitado: \$ _____

5. Documentos Requeridos (marcar con ☐)

☐ Boleta o factura original

☐ Informe médico detallado

☐ Exámenes complementarios (si aplica)

☐ Recetas o indicaciones médicas

6. Declaración y Firma

Declaro que la información proporcionada es verídica y autorizo a PSC a gestionar el reembolso según las condiciones del plan.

Firma del tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / ____