Petplan®
seu pet seguro

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO

Dados do Beneficiário

1 - Nome do animal

Senha de atendimento (preenchimento interno Petplan)

2- Nome do Segurado Titular

3- Número do microchip

___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

4 - Tipo de Plano

5 - Nº Apólice

Dados do Atendimento

6- Nome do estabelecimento (clínica; hospital; laboratório)

7- Endereço / Cidade / Estado

8- Telefone / E-mail

( )

9- CNPJ

10- Nome do Profissional Executante (Veterinário)

11- Número do Conselho (CRMV) / Estado (UF)

Descrição de procedimentos e valores individuais

12- Suspeita Diagnóstica:

Procedimentos Realizados	Valores (R$)

13 - Data do Atendimento

|___|___| / |___|___| / |___|___|

14 - Valor Total dos Serviços

15 - Observações

Dados para pagamento

16- Banco

17- Nº do Banco

18- Nº da Agência

19- Nº da Conta Corrente

20- CPF do Segurado

Declaração

Declaro que o(s) Serviço(s) acima mencionado(s) e citado(s) no(s) Recibo(s) / Nota(s) Fiscal(is) foi (foram) realizado(s) no animal segurado e devidamente pago(s) por mim.

Local, data e assinatura do segurado titular

_____

Petplan
0800 - 7777 - 010
www.petplan.com.br
atendimento.segurado@petplan.com.br