IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA
HERBALIFEINTERNATIONAL DE
CHILE LIMITADA
Atención: Dpto. de Servicios al
Distribuidor:Calle El Rosal 5064 -
Huechuraba Santiago,
Chile
(562) 2520 5200

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Distribuidor Independiente Herbalife

Dentro de los 30 días siguientes al reembolso a su Cliente, este formulario debe ser completado totalmente y firmado para ser devuelto por duplicado al Centro de Ventas de Herbalifemás cercano, junto con una copia de la Nota de Pedido de Cliente, y la parte sin usar del producto, las etiquetas originales del producto, o los envases vacíos del producto. Nota: Todos estos atículos mencionados son requeridos para procesar esta solicitud.

No. de ID Herbalife

Nombre del Distribuidor

Independiente Domicilio del

Distribuidor IndependienteCiudad Regió Paí

Teléfon

Por favor indique el domicilio de envío para reemplazar su producto.

Nombre

Domicili

o Regió Paí

Yo certifico, que en esta fecha ____ / ____ / _____ , he reembolsado al Cliente (mencionado arriba) la cantidad de _____ , o le he emitido crédito completo para comprar otros productos Herbalife (Por favor referirse a la Garantía de Satisfacción de Cliente Herbalife en el Paquetedel Distribuidor Independiente Herbalife para ver requisitos detallados).

Firma del Distribuidor Independiente:_____ Fecha:___/____/____

Cliente

Nombr

Domicili

Ciuda Regió Paí

Teléfon

Por favor explíquenos las razones por las cuales está insatisfecho con losproductos:

Luego de haber probado el producto Herbalife Nutrition por: ☐ 1 semana ☐ 2 semanas ☐ 3 semanas ☐ 4 semanas

De acuerdo con la Garantía de Reembolso por 30 días: Adjunto una copia de mi Nota de Pedido, junto con y l**a parte sin usar del producto, las etiquetas originalesdel producto, o los envases vacíos del producto,** a mi Distribuidor Independiente, para obtener:

- ☐ Crédito completo para comprar otros productos
- ☐ Herbalife NutritionReembolso completo del precio de compra indicado abajo.

Yo certifico, que en esta fecha_/____/____, solicité un reembolso o crédito para la compra de otros productos Herbalife por la cantidad de _____ y reconozco haber recibido:

☐ Reembolso ☐ Crédito completo para comprar otros productos Herbalife

Firma del Cliente:_____ Fecha:___/____/____

Centro de Ventas Herbalife

Dentro de los 30 días siguientes al reembolso del Distribuidor Independiente al Cliente, el Centro de Ventas:

- ☐ Ha recibido **la parte sin usar del producto, las etiquetas originales del producto, o los envases vacíos del producto.**
- ☐ Ha recibido la Nota de Pedido.
- ☐ Ha reemplazado el producto idéntico y lo ha enviado al Distribuidor Independiente.

Entiendo que la información personal incluida en este formulario será utilizada por Herbalife para procesar mi solicitud, cumplir con todos los requisitos legales y contractuales, y para otros propósitos de negocio como se describe en nuestra política de privacidad, ubicada en www.herbalife.cl/politica-privacidad. Herbalife o sus terceros autorizados podrán contactarlo directamente para estos fines. Comuníquese con nosotros al +1 866-866-4744 o escribiendo a privacy@herbalife.com para más información.

Firma del Empleado de Devoluciones:_____ Fecha: ____ /____/____

Descripción de la Devolución	Enviado Por	Recogido Por