



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN: FAMILIAR Y/O COLECTIVO  
 AMA TU MASCOTA S.A.S. PLANES DE SALUD PARA MASCOTAS (PERROS Y GATOS)  
 CALLE 52A No 85K - 38 ZONA INDUSTRIAL SAN CAYETANO LOS MONJES  
 BOGOTÁ D.C TEL. 601- 7316420 CEL. 301 - 744 4130 / 310 - 867 2702  
 NIT: 901 - 218357 - 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		CIUDAD	DEPARTAMENTO	PLAN A CONTRATAR			# DE FORMULARIO		
				ESMERALDA	DIAMANTE	BRONCE	PLATA	ORO	
TIPO DE CONTRATO		FECHA INICIO DE VIGENCIA		NÚMERO DE CONTRATO		PERIODICIDAD DE PAGO			
FAMILIAR	COLECTIVO	1 DÍA DEL MES	15 DÍA DEL MES	C.C	NIT	MES	TRI	SEM	ANUAL

NOTA: RECUERDE QUE ESTA MATRIZ DEFINE LA AFILIACIÓN DE LAS MASCOTAS EN ESTE CONTRATO FAMILIAR O COLECTIVO.

DATOS CONTRATANTE Y/O EMPRESA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		TELÉFONO FIJO		CELULAR	
TIPO	C.C	C.E	NIT				
CIUDAD		DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN	BARRIO	E-MAIL		

DATOS DEL PROPIETARIO DE LA MASCOTA

NOMBRE		APELLIDOS		TELÉFONO FIJO		NÚMERO DE AFILIACIÓN	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		E-MAIL					
TIPO	C.C	C.E	NIT				

NOTA: LA EMPRESA Y/O CONTRATANTE, SE COMPROMETE A REPORTAR DE INMEDIATAMENTE LAS NOVEDADES DE INGRESO Y RETIRO DE MASCOTAS, ASÍ COMO LA CANCELACIÓN DE CONTRATOS COLECTIVOS Y/O FAMILIARES.

DATOS DE LA MASCOTA

NOMBRE DE LA MASCOTA		ESPECIE		RAZA		EDAD		COLOR				
		PERRO	GATO			AÑOS	MESES					
SEXO	CASTRADO	TALLA		PELAJE		TEMPERAMENTO DE LA MASCOTA						
M	F	S	N	CH	M	GR	CORTO	MEDIO	LARGO	NERVIOSO	TRANQUILO	AGRESIVO

SITIOS HABITUALES DE UBICACIÓN DE LA MASCOTA

--	--

INFORME ESQUEMA DE VACUNAS

DECLARACIÓN DE SALUD:

CANINO	TIENE VACUNAS AL DÍA SI _____ NO _____
FELINO	TIENE VACUNAS AL DÍA SI _____ NO _____

INFORMO A AMA TU MASCOTA S.A.S. QUE MI MASCOTA (PERRO \_ GATO\_) GOZA DE BUENA SALUD Y TIENE AL DÍA TODO EL ESQUEMA DE VACUNAS Y SUS RESPECTIVOS REFUERZOS, EN CASO DE QUE MI MASCOTA PRESENTE CUALQUIER REACCIÓN NEGATIVA POR NO TENER AL DÍA EL ESQUEMA DE VACUNAS Y SUS RESPECTIVOS REFUERZOS, ASÍ COMO CUALQUIER REACCIÓN POSTERIOR POR LA MEDICACIÓN DE LA NUEVA VACUNA Y/O MEDICAMENTOS. YO, COMO PROPIETARIO DE LA MASCOTA (PERRO O GATO) ME HAGO RESPONSABLE Y SERÉ QUIEN ASUMA CUALQUIER RESPONSABILIDAD AL RESPETO. POR ESTA RAZÓN, EXONERO DE CUALQUIER OBLIGACIÓN CIVIL Y PENAL A AMA TU MASCOTA S.A.S. Y AL MÉDICO VETERINARIO QUE ATIENDA LA CONSULTA, VACUNACIÓN, MEDICACIÓN Y /O TRATAMIENTO.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MASCOTA

--	--

CUENTA DE AHORROS AMA TU MASCOTA

BANCOLOMBIA NÚMERO 91204091787  
 DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS 457470019003  
 A nombre de: VICTOR HUGO TORRES FLOREZ C.C 79.562.726  
 NEQUI Y DAVIPLATA 310 - 8672702  
 NIT 901-218357-1

FUNCIONARIO QUE DILIGENCIO EL FORMULARIO	TELÉFONO DE CONTACTO		
POR MEDIO DE LA FIRMA Y HUELLA, CERTIFICO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO TODOS LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO DE AFILIACIÓN CON AMA TU MASCOTA S.A.S. AL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES, DE ACUERDO A LA LEY 1581 DE 2012. SI _____ NO _____		CÓDIGO	
		FIRMA Y CÉDULA	

NOTA: POR CADA MASCOTA AFILIADA, SE DEBE DILIGENCIAR UN FORMATO, PARA CADA CONSULTA DEBE ESTAR UNA PERSONA MAYOR DE EDAD.

**IMPORTANTE: La cláusula de Permanencia para este contrato, es de 3 meses.**