

Emisión () Inclusión () Exclusión ()

DATOS DEL TOMADOR

Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____		
	Cédula / Pasaporte: V () E () N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F () M ()	Estado Civil: S () C () D () V () O ()	
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____		
	Actividad Económica; si es comerciante debe indicar el ramo: _____			
	Descripción de la actividad: Independiente () Dependiente () Societaria ()			Ingreso Anual: _____
	Dirección de Habitación: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
	Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Zona Postal: _____	
	Dirección de Oficina: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
	Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Zona Postal: _____	

Persona Jurídica	Nombre o Razón Social: _____			R.I.F.: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada Pública	Pública
	Fecha Constitución: _____	Patrimonio: _____	N° Registro: _____	Tomo: _____
	Objeto o razón social: _____			
	Actividad profesional, comercial o industrial y los productos y servicios que ofrece: _____			
	Ingreso Anual: _____			
	Nombres y Apellidos Representante Legal: _____			
	Cédula / Pasaporte: V () E () N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	
	Actividad Comercial: _____			
	Dirección: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
	Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____	
	Dirección de Cobro: _____			

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos: _____			Cédula / Pasaporte: V () E ()
R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F () M ()
Dirección: _____			
País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____	

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____		
	Cédula / Pasaporte: V () E () N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F () M ()	Estado Civil: S () C () D () V () O ()	
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____		
	Actividad Económica; si es comerciante debe indicar el ramo: _____			
	Descripción de la actividad: Independiente () Dependiente () Societaria ()			Ingreso Anual: _____
	Dirección de Habitación: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
	Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Zona Postal: _____	
	Dirección de Oficina: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
	Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Zona Postal: _____	

Persona Jurídica	Denominación o Razón Social: _____			R.I.F.: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada () Pública ()	
	Objeto o Razón Social: _____			
	Fecha Constitución: _____	Patrimonio: _____	N° Registro: _____	Tomo: _____
	Actividad Económica: Profesional Comercial Industrial Productos o servicios que ofrece: _____			
	Utilidad del Ejercicio Económico Inmediato Anterior: _____		Patrimonio, según último estado de resultados: _____	
	Dirección: Casa/Edificio: _____		Piso: _____	Ofic.: _____
	Urbanización/Zona/Sector: _____		Avenida/Calle: _____	
	Municipio: _____		Estado: _____	Ciudad: _____
	Correo Electrónico: _____		Teléfono: () () ()	
	Datos del Representante Legal: Nombres y Apellidos: _____			Cédula / Pasaporte: V () E ()
	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F () M ()
	Dirección: _____			
	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Parroquia: _____	Urbanización/Zona/Sector: _____		Calle/Avenida: _____
Nro. Apto./Casa/Oficina: _____	N° Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____		

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA

Vigencia: Fecha Desde: _____ (a las 12 m) Fecha Hasta: _____ (a las 12 m)

Frecuencia de Pago: Anual () Semestral () Trimestral () Mensual () Sucursal / Oficina: _____ Moneda: _____

DATOS DE LA (S) MASCOTA (S)

Mascota N.º 1 (PET 1)

Nombre: _____ Especie: Canino () Felino () Sexo: Macho () Hembra () Raza: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Colores del pelaje: _____
 Tipo de Identificación: Tatuaje () Microchips () Nro. _____ Señas Particulares de la mascota: _____
 Modo de obtención de la mascota: Compra () Regalo () Nacido en casa () Reubicación () Rescatado () Adoptado ()

Mascota N.º 2 (PET 2)

Nombre: _____ Especie: Canino () Felino () Sexo: Macho () Hembra () Raza: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Colores del pelaje: _____
 Tipo de Identificación: Tatuaje () Microchips () Nro. _____ Señas Particulares de la mascota: _____
 Modo de obtención de la mascota: Compra () Regalo () Nacido en casa () Reubicación () Rescatado () Adoptado ()

Mascota N.º 3 (PET 3)

Nombre: _____ Especie: Canino () Felino () Sexo: Macho () Hembra () Raza: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Colores del pelaje: _____
 Tipo de Identificación: Tatuaje () Microchips () Nro. _____ Señas Particulares de la mascota: _____
 Modo de obtención de la mascota: Compra () Regalo () Nacido en casa () Reubicación () Rescatado () Adoptado ()

Mascota N.º 4 (PET 4)

Nombre: _____ Especie: Canino () Felino () Sexo: Macho () Hembra () Raza: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Colores del pelaje: _____
 Tipo de Identificación: Tatuaje () Microchips () Nro. _____ Señas Particulares de la mascota: _____
 Modo de obtención de la mascota: Compra () Regalo () Nacido en casa () Reubicación () Rescatado () Adoptado ()

Mascota N.º 5 (PET 5)

Nombre: _____ Especie: Canino () Felino () Sexo: Macho () Hembra () Raza: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Colores del pelaje: _____
 Tipo de Identificación: Tatuaje () Microchips () Nro. _____ Señas Particulares de la mascota: _____
 Modo de obtención de la mascota: Compra () Regalo () Nacido en casa () Reubicación () Rescatado () Adoptado ()

SALUD DE LA (S) MASCOTA (S)

(Marcar con un check en Sí o No en cada uno de los ítems, de acuerdo al orden en que fue declarada cada una de las mascotas)

Hábitos y Atenciones	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Alimenta a su mascota con dieta seca (alimento seco)?	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Alimenta a su mascota con dieta cruda (dieta barf)?	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Alimenta a su mascota con dieta casera?	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Cirugías	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Castración (cirugía invasiva de extirpación de gónadas en hembras y testículos en machos)					
Esterilización (cirugía sencilla: para machos vasectomía y para hembras histerectomía)					
Último parto					

Cuántos partos ha tenido?					
Tuvo cesareas?	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Condiciones de Salud	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Displasia de cadera	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Displasia de codo	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Hemivértebra	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Luxación de rótula	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Otra patología:	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Trastorno de piel y oídos	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Sarna	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Alopecia	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Dermatitis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Seborrea	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Inflamación en la piel	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Tumor	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Otitis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Trastorno Oculares	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Ectropión	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Lagrimo ocular	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Cataratas	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Entropión	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Úlceras Corneales	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Conjuntivitis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Distiquiasis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Glaucoma	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Trastorno Urogenitales	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Vaginitis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Prostatitis	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Insuficiencia renal	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Síndrome Urinario felino	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Piómetra	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Quistes renales	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Prolapso vaginal	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Inflamación de testículos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Quistes prostáticos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Tumor en mamas	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

Amputaciones no estéticas	Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Miembros delanteros derechos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Miembros delanteros izquierdos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Miembros traseros derechos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()
Miembros traseros izquierdos	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()	Si () No ()

INMUNIZACIÓN DE LA (S) MASCOTA (S)

Indique fecha de la última vacunación (Si no tiene fecha exacta, coloque mes y año)

Es obligatorio presentar la tarjeta de vacunación junto con esta planilla

Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
() Séxtuple	() Séxtuple	() Séxtuple	() Séxtuple	() Séxtuple
() Óctuple	() Óctuple	() Óctuple	() Óctuple	() Óctuple
() Triple Felina	() Triple Felina	() Triple Felina	() Triple Felina	() Triple Felina
() Tos de perrera	() Tos de perrera	() Tos de perrera	() Tos de perrera	() Tos de perrera
() Leucemia felina	() Leucemia felina	() Leucemia felina	() Leucemia felina	() Leucemia felina
() Antirrábica	() Antirrábica	() Antirrábica	() Antirrábica	() Antirrábica

() Otra | () Otra | () Otra | () Otra | () Otra

Vacuna Séxtuple: Protección contra el moquillo, hepatitis, adenovirus, parainfluenza, parvovirus y leptospirosis.
Vacuna Octuple: Protección contra distemper canino, parvovirus canino tipo 2, adenovirus canino tipo 1 y 2, virus parainfluenza canina, Leptospira canicola, y Listeria monocytogenes y coronavirus canino.
Vacuna triple felina: Protección contra herpes virus felino tipo 1, Panleucopenia viral felina y calicivirus felino.

Indique fecha de la última desparasitación (Si no tiene fecha exacta, coloque mes y año)

Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Fecha: Marca comercial: () Oral () Inyectada	Fecha: Marca comercial: () Oral () Inyectada	Fecha: Marca comercial: () Oral () Inyectada	Fecha: Marca comercial: () Oral () Inyectada	Fecha: Marca comercial: () Oral () Inyectada

CHEQUEOS MEDICOS DE LA (S) MASCOTA (S)

Indique fecha del último chequeo médico veterinario (Si no tiene fecha exacta, coloque mes y año)

Pet 1	Pet 2	Pet 3	Pet 4	Pet 5
Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:

Señalar cualquier otra información sobre la salud de la (s) mascota (s) que considere relevante para la evaluación del riesgo, indicado el número de la mascota.

COBERTURAS A CONTRATAR

PLAN MI PRIMERA PROTECCIÓN ()	PLAN MI PRIMERA PROTECCIÓN ESENCIAL ()
1. Telemedicina Veterinaria (Ilimitado) 2. Entrega de medicamentos recetados por telemedicina veterinaria y consultas por emergencia. Suma Asegurada 80 US\$ por Mascota. 3. Consulta médica por emergencia o laboratorios. Suma Asegurada por consulta 50 US\$ por Mascota. Máximo cuatro (4) consultas por Mascota. 4. Cupones de descuento. Un (1) cupón de 5\$ por Mascota para el servicio de guardería, con un máximo de un (1) cupón por Mascota. Un (1) cupón de 5\$ por Mascota para el servicio de refuerzos de vacunas, con un máximo de un (1) cupón por Mascota. 5. Funerario. Suma Asegurada 80 US\$ por Mascota.	1. Telemedicina Veterinaria (Ilimitado) 2. Entrega de medicamentos recetados por telemedicina veterinaria y consultas por emergencia. Suma Asegurada 50 US\$ por Mascota. 3. Consulta médica por emergencia o laboratorios. Suma Asegurada por consulta 80 US\$ por Mascota. Máximo una (1) consulta por Mascota. 4. Cupones de descuento. Cupón de 10\$ por Mascota para el servicio integral de peluquería, con un máximo de un (1) cupón por Mascota.

SI POSEE OTRO(S) CONTRATO(S) DE SEGURO QUE AMPAREN LOS MISMOS INTERESES, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde:	Hasta:
			Desde:	Hasta:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, _____ el **Propuesto Asegurado**
* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.
* Autorizo expresamente al Asegurador, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.
Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firmas y Huellas : _____

EI TOMADOR

Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo del Tomador

PROPUESTO ASEGURADO

Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo del Propuesto Asegurado

INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

El suscrito intermediario de la actividad aseguradora verificó la información suministrada, en cumplimiento de la normativa en materia de Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos (LC/FT/FPADM y otros ilícitos); obligación establecida en su artículo 49.

Apellidos y Nombres/Razón Social	Código N.º	Cédula de Identidad/RIF	(%) Participación	Firma

Oficio de aprobación número: SAA-09-7260 (Fecha de notificación: 27.10.2025) Providencia Administrativa: SAA-09-1159-2025 (Fecha de emisión del acto administrativo: 24.09.2025)
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el número de registro ES-110.