

## SOLICITUD DE EMISIÓN PÓLIZA COLECTIVA LOCAL

/  /   
 Día Mes Año



99004000499

### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre de la empresa		RNC	
Dirección (calle y número)		Nombre del edificio o plaza	No. Apto / Local
Sector		Ciudad/Municipio	
Teléfono 1		Teléfono 2	
Sector Económico		Actividad	
<input type="radio"/> Industria <input type="radio"/> Comercio <input type="radio"/> Servicio <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Otro _____			
Persona de contacto	Cargo	Correo electrónico	Celular

### PLANES

Precio por persona		Precio por persona		Fecha de efectividad:	
<input type="radio"/> Elemental	RD\$ _____	<input type="radio"/> Royal	RD\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Esencial	RD\$ _____	<input type="radio"/> Max	RD\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Esencial Plus	RD\$ _____	<input type="radio"/> Platinum	RD\$ _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Superior	RD\$ _____	<input type="radio"/> Otros	Especifique _____ RD\$ _____		

### COBERTURAS OPCIONALES

Cobertura Odontológica Plan:  Superior  Royal  Max  Platinum  Otro \_\_\_\_\_  
 Proveedor \_\_\_\_\_

Cobertura de Medicina Ambulatoria Límite RD\$ \_\_\_\_\_ Precio por persona RD\$ \_\_\_\_\_

Cobertura Casos Catastróficos
  Elemental  Esencial  Esencial Plus  Superior  
 RD\$500,000 Precio por persona RD\$ \_\_\_\_\_  
 RD\$1,000,000 Precio por persona RD\$ \_\_\_\_\_  
 Royal  Max  Platinum  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha suscrito algún contrato de seguro colectivo de salud similar al que está solicitando?  
 Sí  No

En caso afirmativo, indique compañía y fecha de caducidad

Observaciones

Yo, el empleador, por la presente, solicito de Humano un seguro colectivo de salud con las especificaciones contenidas en esta solicitud, sobre la salud de los empleados actuales y futuros incluidos regularmente en la nómina de la entidad mencionada en la sección datos del contratante, y convengo que si Humano acepta esta solicitud, el seguro deberá surtir efecto en la fecha efectiva mencionada y en el entendido que Humano reciba el pago de las facturas, así como también toda la documentación requerida.

\_\_\_\_\_ Código   
 Firma del Promotor

\_\_\_\_\_ Código   
 Firma Gerente Agencia

\_\_\_\_\_  
 Firma y Sello del cliente