

Fecha: _____

A- DATOS DE LA EMPRESA

RNC	Nombre de la Empresa		
Persona Contacto	Área		
E-mail	Sector Económico	Actividad	
	<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Servicio	<input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Financiero	
DIRECCION			
Calle / Avenida	Nombre de Edificio o Plaza	Número	No. Apto.
Sector	Ciudad / Municipio		
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax	

B- PLANES

	Precio por Persona	Precio por Persona	Fecha Efectiva:		
			Día	Mes	Año
<input type="checkbox"/> Fundamental	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Max	RD\$ _____		
<input type="checkbox"/> Superior	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Platinum	RD\$ _____		
<input type="checkbox"/> Royal	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Otro	RD\$ _____	Especifique _____	

C- COBERTURAS OPCIONALES

Cobertura Odontológica

Proveedor:

<input type="checkbox"/> Salud Bucal	<input type="checkbox"/> OdontoDom	Plan <input type="checkbox"/> Superior
<input type="checkbox"/> Amerident	<input type="checkbox"/> Grupo Dental AMOS	<input type="checkbox"/> Royal
<input type="checkbox"/> Servidens	<input type="checkbox"/> Visual Card	<input type="checkbox"/> Max
<input type="checkbox"/> Otro: _____	Precio por Persona RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Platinum

Cobertura de Salud por Desempleo Cobertura de Medicina Ambulatoria

Limite RD\$ _____ Precio por Persona RD\$ _____

Cobertura Casos Catastróficos

COBERTURA	PRECIO POR PERSONA	PLANES
<input type="checkbox"/> \$350,000.00	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Fundamental
<input type="checkbox"/> \$500,000.00	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Superior
<input type="checkbox"/> \$1,000,000.00	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Royal
<input type="checkbox"/> US\$1,000,000.00	RD\$ _____	<input type="checkbox"/> Max
		<input type="checkbox"/> Platinum

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

Si es afirmativo, indique Compañía y fecha de caducidad: _____

Observaciones

Yo, el Empleador, por la presente, solicito de ARS 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 de la Empresa, y convengo que si ARS Humano acepta esta solicitud, el seguro deberá surtir efecto en la fecha efectiva mencionada y en el entendido que la Compañía reciba el pago de las facturas corrientes, así como también toda la documentación requerida.

Firma y Sello del Cliente

Intermediario Código

Gerente Agencia Código