

SOLICITUD DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN DE SERVICIOS ADICIONALES

F-NE-010
V. 1.1

Fecha

Datos generales del contratante			
Persona física			
Nombre(s)			
Apellido(s)			
Cédula/Pasaporte			
Empresa			
Razón social			
Nombre comercial			
RNC		Contrato #	
Nombre del contacto		Cargo que ocupa	
Para ambos tipos de contratantes			
Correo electrónico			
Teléfonos de contacto:	Oficina:	Casa:	
	Móvil:	Fax:	
Por favor seleccione el o los servicios adicionales que desee contratar, el proveedor de su preferencia y el tipo de plan, en caso de que aplique:			
Servicio adicional	Incluir	Excluir	Cambiar proveedor
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico: <i>Amerident</i> <input type="checkbox"/> <i>Dentasana</i> <input type="checkbox"/> <i>Odontodom</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Ortho-Oral</i> <input type="checkbox"/> <i>Salud Bucal</i> <input type="checkbox"/> Tipo de plan: _____			De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> Servicio Oftalmológico (<i>Visualcard</i>)			N/A
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios: <i>MAPFRE BHD Seguros</i> <input type="checkbox"/> <i>Gestora Quisqueya</i> <input type="checkbox"/> Tipo de plan: _____			De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> Ambulancia Aérea (<i>Aeroambulancia</i>) Tipo de plan: _____			N/A
<input type="checkbox"/> Ambulancia Terrestre: <i>PROMED</i> <input type="checkbox"/> <i>MOVIMED</i> <input type="checkbox"/>			De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica Hospitalaria en el Exterior (<i>MAPFRE BHD Seguros</i>)			N/A
<input type="checkbox"/> Otro: _____			
Comentarios:			

Firmas del Solicitante	Sello (Sólo para empresas)