

Fecha:

## SOLICITUD DE EMISIÓN PLAN COLECTIVO DE SALUD

F-NE-013  
V.1.3

### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ RNC: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ No. casa/local \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ No. Apto: \_\_\_\_\_

Barrio/Sector: \_\_\_\_\_ Municipio/Provincia: \_\_\_\_\_

Sector económico: ☐ Comercio ☐ Industria ☐ Financiero ☐ Servicio ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_ Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ Tel. Ofic.: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PLAN

Planes Contratados: \_\_\_\_\_

Forma de Pago: \_\_\_\_\_ Fecha Vigencia Contrato/Plan: \_\_\_\_\_

| SERVICIOS OPCIONALES     | INCLUIR                  | EXCLUIR                  | MODIFICAR                | NOMBRE PLAN/MONTO | PROVEEDOR |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-----------|
| Servicios Odontológicos  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |           |
| Servicios Oftalmológicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |           |
| Ambulancia Terrestre     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |           |

| SERVICIOS OPCIONALES                                                  | INCLUIR                  | EXCLUIR                  | MODIFICAR                | NOMBRE PLAN/MONTO |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| Servicios Funerarios                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Ambulancia Aérea                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Asistencia Médica en el Extranjero                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Medicina Ambulatoria                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Segunda Opinión Médica Internacional                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Traslado Médico por Limitación Física o Movilidad Reducida            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| Seguro de Vida/Fallecimiento                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| -Fallecimiento Accidental y Desmembramiento (MAD)*                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |
| -Pago Anticipado del Capital por Invalidez Total y Permanente (PACI)* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                   |

\*El límite/monto de las sumas aseguradas, correspondiente a las coberturas adicionales, deberá ser igual o menor a la cobertura de Vida/Fallecimiento.

### COMENTARIOS

Quien suscribe, actuando en representación del cliente, reconoce que la presente solicitud de Emisión de Plan Colectivo de Salud será efectiva en la fecha de vigencia antes descrita, sujeto al depósito conforme de la documentación requerida y del pago de la prima convenida. Asimismo, autorizo de manera formal que las facturas y/o estados de cuentas sean remitidos a la dirección de correo electrónico indicado en el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Promotor

\_\_\_\_\_  
Código Promotor

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Contratante

### USO INTERNO ARS

Contrato No: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Referidor: \_\_\_\_\_