

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"/> Comercio | |
| | <input type="checkbox"/> Servicio | <input type="checkbox"/> Financiero | |
| DIRECCION | | | |
| Calle / Avenida | Nombre de Edificio o Plaza | | No. Apto. |
| Sector | | Ciudad / Municipio | |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | Fax | |

B- PLANES

| | Precio por Persona | | Precio por Persona | Fecha Efectiva: | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|-----|-----|
| | RD\$ | | RD\$ | 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"/> VisualCard | <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

Límite 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 la facturas corrientes, así como también toda la documentación requerida.

Firma y Sello del Cliente

Intermediario Código

Gerente Agencia Código