

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN
SERVICIOS OPCIONALES**

Fecha:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre del Cliente: _____		No. Contrato: _____	
Cédula/RNC: _____	Tel. Res.: _____	Tel. Móvil: _____	Tel. Ofic.: _____
Dirección: Calle: _____		No. casa/local _____	Edificio: _____
Barrio/Sector: _____		Municipio/Provincia: _____	No. Apto: _____
Correo electrónico: _____			

SERVICIOS OPCIONALES			
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Servicio Oftalmológico	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Servicio Funerarios	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Ambulancia Terrestre	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Ambulancia Aérea	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica en el Extranjero	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Proveedor Seleccionado: _____	Observación: _____		
<input type="checkbox"/> Medicina Ambulatoria	<input type="checkbox"/> Incluir	<input type="checkbox"/> Excluir	<input type="checkbox"/> Modificar
Monto: _____	Observación: _____		
Otros: _____			

COMENTARIOS

Firma y Sello del Contratante

Promotor

Código Promotor