

**SOLICITUD DE EMISIÓN PLAN COLECTIVO DE SALUD**

 Fecha: 

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

**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**

|  |                                  |                                  |                                    |
|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Servicio Odontológico</b>              | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Servicio Oftalmológico</b>             | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Servicio Funerarios</b>                | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Ambulancia Terrestre</b>               | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Ambulancia Aérea</b>                   | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Asistencia Médica en el Extranjero</b> | <input type="checkbox"/> Incluir | <input type="checkbox"/> Excluir | <input type="checkbox"/> Modificar |
| Proveedor Seleccionado: _____                                      | Observación: _____               |                                  |                                    |
| Otros: _____   |                                  |                                  |                                    |

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.

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

 \_\_\_\_\_  
 Promotor

 \_\_\_\_\_  
 Código Promotor

**USO INTERNO ARS**

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