

Radicación _____ - _____
 Uso interno

Datos de la compañía o entidad solicitante

Tipo de identificación Cédula RNC Número de identificación _____

Razón social _____

Nombre empresa _____ Naturaleza Pública Privada Mixta

Cantidad de empleados _____ Actividad económica _____

Grupo o holding _____ Nómina Centralizada Descentralizada

Dirección _____
 Calle y número _____ Sector _____
 Ciudad _____ Provincia _____

Teléfono res. _____ Teléfono ofic. _____ Fax _____

Ejecutivo principal _____
 Nombres _____ Apellidos _____

Cargo _____
 Correo electrónico _____

Página web _____

Especificaciones de la solicitud

Fecha de inicio de la vigencia del contrato _____
 Día Mes Año

Cantidad de empleados con derecho al plan de salud _____

Formas de pago Mensual Trimestral Semestral Anual

Vía envío factura Física Electrónica

Antecedentes de la compañía

Existe en vigor algún contrato de beneficios de salud sobre sus empleados similar al que ahora solicita? Si No

En caso afirmativo indique nombre de la ARS _____

Fecha de vencimiento del contrato _____
 Día Mes Año

Clasificación y distribución de planes Beneficios adicionales

Planes de salud colectivo		Ambulancia	Aero ambulancia		Catastrófico	Oftalmológico	Odontológico	Exclusivo Dental *	Med. Amb.	%	Otros
Categorías de empleados	Plan		Movi Alert	Alert Plus							
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

* Aplica sólo para los afiliados del Plan Exclusivo.

Datos adicionales

¿Están todos los empleados que han solicitado el seguro trabajando durante las horas ordinarias y a sueldo regular? Si No

¿En que fecha se deducirá de la nómina la primera contribución de los empleados? _____
 Día Mes Año

El período cubierto por la primera deducción abarca: desde _____ hasta _____
 Día Mes Año Día Mes Año

¿Se ha hecho algún pago a cuenta de la primera facturación? Si No Si es afirmativo, indicar monto RD\$ _____

Observaciones y/o condiciones especiales:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

A. Continuidad de cobertura, indicar ARS anterior.

E. Emisión realizada vía data electrónica.

B. Beneficio de maternidad a madres que no cumplen período de espera.

F. Tarifa.

C. Cirugía en curso.

G. Descuento.

D. Informes médicos.

Nota: En caso de que no existan observaciones, colocar N/A (No Aplica).

Yo, el suscrito patrono, solicito de Universal, un contrato salud colectivo con las especificaciones de esta solicitud, de los empleados actuales y futuros, incluidos regularmente en la nómina. Convengo en que si Universal, acepta esta solicitud, el seguro deberá iniciar vigencia en la fecha antes mencionada, o inmediatamente después que la Compañía reciba el pago de la primera facturación y acepte como válida la solicitud, así como también los formularios de afiliación Medicina Prepagada, debidamente completadas por los empleados con derecho al seguro.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a Universal, a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de Universal y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

_____	_____
Patrono	Fecha Aceptación
_____	_____
Sucursal	Código
_____	_____
Promotor	Código
_____	_____
Supervisor	Código
_____	_____
Gerente de Negocios	Código