

**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

Correo electrónico donde recibirá la factura: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Datos del ejecutivo principal**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Página web: \_\_\_\_\_

**Especificaciones de la solicitud**

Fecha de inicio de la vigencia del contrato: \_\_\_\_\_ Cantidad de empleados con derecho al plan de salud: \_\_\_\_\_

Formas de pago:  Mensual  Trimestral  Semestral

**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: \_\_\_\_\_

**Clasificación y distribución de planes**
**Beneficios adicionales**

Categorías de empleados	Planes de salud colectivo Plan	Beneficios adicionales										
		Ambulancia	Aero ambulancia		Catastrófico	Oftalmológico	Odontológico	Exclusivo Dental *	Med. Amb.	%	Otros	
			Moví 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"/>
		<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? \_\_\_\_\_

El período cubierto por la primera deducción abarca: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿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