

Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

## SOLICITUD DE EMISIÓN DE PÓLIZA SALUD

### DETALLE DE EMISIÓN

Emisión  Colectivo  Individual | Frecuencia de pago  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

### PLAN SOLICITADO

Esencial Plus  Superior  Royal  Max  Prime  Platinum  Otro \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ RNC / Cédula \_\_\_\_\_

Tipo de NCF  Crédito Fiscal  Consumidor final  Regímenes especiales  Comprobantes gubernamentales Persona de contacto \_\_\_\_\_

Ocupación / Naturaleza del negocio \_\_\_\_\_

Sector económico actividad  Industrial  Comercio  Servicio  Financiero  Otro \_\_\_\_\_

Dirección (calle y número) \_\_\_\_\_ Nombre edificio y/o plaza \_\_\_\_\_

Apto No. \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

#### En caso de pólizas colectivas:

¿Ha suscrito alguna póliza de seguro de salud similar al que está solicitando?  Sí  No En caso afirmativo, indique compañía y fecha fin de vigencia (si aplica)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Yo, el Contratante, a través del presente formulario solicito la emisión de una póliza de salud con las especificaciones aquí contenidas, para incluir asegurados en calidad de titulares y/o dependientes, según aplique. En caso de que la presente solicitud sea aprobada por Humano Seguros, reconozco que la misma surtirá efecto en la fecha de efectividad mencionada, en el entendido de que sea recibida la documentación requerida y la prima sea percibida de manera oportuna. Del mismo modo, reconozco plena validez jurídica a las firmas electrónicas y/o digitales utilizadas por mí en este formulario, al amparo de la normativa vigente.

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del contratante

\_\_\_\_\_  
 Fecha de solicitud (Día / Mes / Año)

\_\_\_\_\_  
 Intermediario

\_\_\_\_\_  
 Código

\_\_\_\_\_  
 Gerente de Negocios

\_\_\_\_\_  
 Código

\_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico Intermediario