

## Solicitud de Licencia de Promotores de Seguros de Salud (Persona Física)

### DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad o Municipio: \_\_\_\_\_

Teléfonos: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

### DESCRIBA LAS CAPACITACIONES OBTENIDAS SOBRE LA LEY 87-01 DE SEGURIDAD SOCIAL

<u>Curso o Taller</u>	<u>Institución</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

#### **Los datos requeridos en este formulario son de carácter obligatorio**

El solicitante declara que las informaciones contenidas en esta solicitud para la expedición de la Licencia como Promotor de Seguros de Salud, son buenas, y válidas y acuerda lo siguiente:

1. Que facilitará cualquier documento o dato para confirmar su capacidad para ejercer dichas funciones.
2. Pagar y renovar su licencia en la(s) oficina(s) de esta Superintendencia.
3. Acepta someterse a cualquier evaluación o prueba que la SISALRIL imparta para comprobar sus conocimientos.

**CLAUSULA:** La SISALRIL, bajo ningún concepto está obligada al otorgamiento de la Licencia para Promotor de Seguros de Salud, si no cumple con los requisitos establecidos en la Ley 87-01 y sus Normas Complementarias.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la Solicitud**