

Solicitud de Licencia de Corredores de Seguros de Salud (Persona Moral)

Datos de la Empresa:

Nombre de la empresa: _____

Dirección completa: _____

Ciudad o Municipio: _____ RNC: _____

Teléfonos: (_____) _____, (_____) _____

Correo Electrónico: _____

Página Web: _____

Datos del Representante Legal:

Nombre Completo: _____

Cédula de Identidad: _____

Dirección personal: _____

Teléfono personal: _____

Nacionalidad: _____

Cargo que ocupa: _____

Correo personal: _____

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 y Sello del Solicitante

Fecha de la Solicitud

CONFIDENCIAL – RESERVADO

El usuario debe asegurarse que este documento es la revisión vigente.