

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

### **DATOS DE LA EMPRESA:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

RNC: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Página Web: \_\_\_\_\_

### **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

Dirección personal: \_\_\_\_\_

Teléfono personal: \_\_\_\_\_

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

Cargo que ocupa en la empresa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico personal: \_\_\_\_\_

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

<u>Curso o Taller de la ley</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 y Sello del Solicitante**

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