

1. Datos del Titular

Razón Social de la Empresa: _____ No. de RUC: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____
Actividad Económica de la Empresa: _____

2. Detalles del Grupo

Contrato Contributivo	Contrato no Contributivo
Empleador: _____ % Empleado: _____ %	Solo Empleador: _____ %

No. de empleados de la Empresa: _____
Descripción de la clase elegible: _____
Total de empleados que pertenezcan a la clase elegible: _____
Número de empleados de la clase elegible que se afilian: _____
Su empresa ha contratado un plan médico anteriormente: SI NO
Sí la respuesta anterior fue afirmativa, indique con que empresa: _____
Fecha de inicio del contrato (dd/mm/aa): _____

Por la presente certifico, en nombre de la empresa, que todos los detalles necesarios para la emisión del contrato han sido indicados, y a nombre de la empresa, solicito que se emita el contrato para todos los empleados de la misma y sus dependientes elegibles, sí procediere, a partir de la fecha indicada anteriormente.
Declaro según mi leal saber y entender, que la información aquí indicada es verdadera y completa.

Nombre del responsable del Grupo: _____
Cargo: _____

Lugar y Fecha: _____ Firma del responsable del grupo y
sello de la empresa: _____

3. Datos del Broker

Nombre del ejecutivo de cuenta y sello de la empresa: _____

Fecha: _____
dd/mm/aa