

SOLICITUD DE AFILIACIÓN CORPORATIVA

SECCIÓN A- DATOS DEL TITULAR

DATOS DEL TITULAR	
Razón Social de la Empresa	N° de RUC
Dirección	Ciudad
Correo Electrónico	Teléfono
Actividad económica de la empresa	

SECCIÓN B- DETALLES DEL GRUPO

Contrato contributivo	Contrato no contributivo
Empleador _____ % Empleado _____ %	Solo Empleador _____ %
N° 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sí la respuesta anterior fue afirmativa, indique con que empresa: _____	
Fecha de inicio del contrato (dd/mm/aa): _____	
<p>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.</p> <p>Declaro según mi leal saber y entender, que la información aquí indicada es verdadera y completa.</p>	
Nombre del responsable del grupo: _____	
Cargo: _____	
Lugar y fecha: _____ Firma del responsable del grupo y sello de la empresa: _____	

SECCIÓN C - DATOS DEL BROKER

Nombre del ejecutivo de cuenta y sello de la empresa: _____
Fecha: _____ dd/mm/aa