

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: _____

(Favor llenar la sección A del formulario F-003)

DESCRIBA LAS CAPACITACIONES OBTENIDAS SOBRE LA 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 esta 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