



Por la presente solicito a ASEGURADORA GENERAL, S.A.

La emisión de una póliza de SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y REEMBOLSO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, para cubrir a los empleados elegibles del contratante, y si la misma es aceptada, deberá emitirse a:

1 **Contratante (nombre o razón social):**

2 **Dirección:**

Teléfono:

Nit:

3 **Actividades principales de la empresa:**

4 **Fecha de vigencia**

La fecha de vigencia solicitada es:

5 **Elegibilidad:** Los nuevos empleados de tiempo completo serán elegibles:

6 **Clasificación de los empleados elegibles:**

7 **Descripción de beneficios** (para empleados y dependientes, cuando se incluyan).

RED DE MÉDICOS Y HOSPITALES ASEGURADORA GENERAL

PLAN I

PLAN II

PLAN III

PLAN IV

PLAN V

8 **El pago de la prima es:**

a) ___ Sin contribución.

b) ___ Contributiva, pagando los integrantes del grupo el _____ % de la prima.

9 **Observaciones:**

10 **Número de empleados que participan en el seguro:**

11 El seguro solicitado no es en adición de algún seguro semejante actualmente en vigor en otra compañía cubriendo a empleados elegibles bajo este seguro, excepto como sigue (dar nombre de la compañía y período que cubre el pago de primas).

12 El seguro solicitado NO es para reemplazar ningún otro seguro semejante actualmente o previamente en vigor con otra compañía cubriendo a empleados elegibles para este seguro, excepto como sigue (dar nombre de la compañía y período que cubre el pago de primas).

13 **Queda aceptado de conformidad que:** toda la información necesaria para administrar todo lo concerniente a todos los empleados asegurados, o empleados y sus familiares dependientes, estarán sujetos a las estipulaciones de la póliza y deberá ser suministrada a la compañía de seguros por el patrono, y que esta solicitud forma parte del contrato que será emitido por la compañía y que todas las declaraciones contenidas aquí son verídicas y cabales.

Fechado en _____ el día _____ de _____ de _____

Nombre del intermediario _____

Firma del intermediario _____

Representante legal _____

Firma _____

Nombre de la empresa _____

