Humano

SOLICITUD DE MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

RNC 1-02-01717-4

DATOS DEL CLIENTE

Nombre del cliente _____ Fecha de solicitud: Día _____ Mes _____ Año _____

Póliza No. _____ Fecha de efectividad: Día _____ Mes _____ Año _____

COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS

Nombre del asegurado	Asegurado No.	Tipo de movimiento							Observaciones
		1	2	3	4	5	6	7	

Nota: Los movimientos deben ser depositados en las oficinas de Humano en las fechas de corte establecida.

Tipo de movimiento:

1- Inclusión de Asegurado
2- Exclusión de Asegurado
3- Cambio de Póliza
4- Cambio de Suma Asegurada
5- Cambio de Categoría
6- Cambio de Plan
7-Actualización de beneficiario

Firma y Sello del Cliente

Recibo Sello/Firma

Procesado/Fecha