SISALRIL
Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales

PC-AE01

FM-AE03
Rev. 00

FORMULARIO PARA REMISIÓN PLANES COMPLEMENTARIOS DE LAS ARSs A LA SISALRIL
FORMATO "FC-02"
PLANES OPCIONALES

NOMBRE ARS: _____
Nº HABILITACION: _____

CÓDIGO SISALRIL	NOMBRE PLAN	COBERTURA COMPLEMENTARIA		PRIMA PLAN RD$	LIMITACIONES	OBSERVACIONES
		PROPORCIONAL (%)	MONETARIA ($)			

RESPONSABLE (Nombre y cargo): _____
PERSONAL DE CONTACTO (Nombre y cargo): _____
No. TELÉFONO: _____
No. Fax: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____