SEGUROS UNIVERSAL

MOVIMIENTO DE EMPLEADOS
POLIZA DE SEGUROS COLECTIVOS

PATRONO _____ POLIZA _____ FECHA |__|__|__|__|__|__|__|__|
Día Mes Año

NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO _____ TELEFONO _____

CERT.No.	NOMBRE	EMPLEADO	DEPENDIENTE	ADICION	TERMINACION	CAMBIO DE CLASIFICACION

S-003

_____
FIRMA AUTORIZADA

Importante adjuntar Tarjeta de Solicitud e indicar las fechas. Este reporte debe ser enviado mensualmente 5 días laborables antes de su fecha de facturación.

SANTO DOMINGO: Av. Winston Churchill 1100. Tel. 809-544-7200. Fax: 809-544-7999 ● **CENTRO DE SERVICIOS:** C/ Fantino Falco Esq. Ave. Lope de Vega. Tel. 809-544-7111. 809-544-7161 ● Sucursal **ZONA ORIENTAL:** Av. San Vicente de Paúl 120, Alma Rosa. Tel.809-592-5844, Fax: 809-597-3145 ● **SANTIAGO**: Av. Juan Pablo Duarte 106,3er.piso. Tel. 809-247-3922. Fax: 809-580-3290 ● **PUERTO PLATA:** C/Beller 53, Edificio Puertoplateña II. 1er Piso Tel: 809-261-5646. Fax: 809-261-0023 ● **SAN FCO DE MACORIS:** Calle el Carmen, esq. Castillo 2do.Piso. Tel: 809-588-3737. Fax: 809-588-3838 ● **LA ROMANA:** C/Padre Abreu #1 esq. Santa Rosa, Plaza Unicentro 1er Piso. Tel. 809-550-7600. Fax: 809-556-5884 ● **BANI**: C/ Presidente Billini 22, Plaza Villar, 2do Piso. Tel. 809-522-8288. Fax: 809-522-4877.

RNC-101001941