

FORMULARIO ACTUALIZACION DATOS – FIRMAS MIEMBROS

Fecha: 30-04-2019		Persona responsable del llenado de este formulario:	
INFORMACION FIRMA MIEMBRO			
Nombre Comercial de la Firma:		☐ Corretaje Riesgos Generales ☐ Corretaje Planes de Salud	☐ Persona Física ☐ Persona Jurídica
		Fecha Inicio Operaciones Día__ Mes__ Año__	
¿Este es el nombre legal de su firma?	Si respuesta anterior es no, ¿cuál es el nombre legal de su firma?	¿Hubo cambio de nombre reciente? De ser positivo, por favor especifique:	No. RNC:
☐ Si ☐ No			No. Registro Mercantil
Licencia Corredor de Seguros Vigente ☐ Si ☐ No		Licencia Corredor de Reaseguros Vigente ☐ Si ☐ No	Licencia Promotor de Salud Vigente ☐ Si ☐ No
Dirección (Calle, No., Edificio):		Sector:	Ciudad:
Email Corporativo:	Website (Página Web):	Fax:	☐ Representación Internacional:
Cantidad Empleados:	Al lado de cada Red Social agregar cuenta, si posee: ☐ Facebook: ☐ Twitter: ☐ Instagram: ☐ Blog: ☐ Otras RRSS:		

INFORMACION SOCIOS Y EQUIPO DIRECTIVO			
<i>Por favor proveer información de sus socios actuales y personal Directivo, Gerencial y/o Ejecutivo a quien deben llegar las informaciones relativas de ADOCOSSE. Se proveen espacios con posiciones predeterminadas, de necesitar adicionar, por favor agregar según estime conveniente, colocando en cada caso Nombre y Apellido del contacto.</i>			
Socio Principal/Presidente (Contacto 1)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Presidente Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Socio 2 (Contacto 2)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Socio 3 (Contacto 3)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Gerente Comercial (Contacto 4)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Gerente Técnico (Contacto 4)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Gerente Reclamaciones (Contacto 5)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:

Gerente Administrativo (Contacto 6)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Contacto Adicional (Contacto 7)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:
Contacto Adicional (Contacto 8)	Fecha Nacimiento	☐ Email: ☐ Teléfono Oficina: ☐ Celular: ☐ RRSS	Posición: Área de Desempeño: Años de Experiencia: Tiempo en la Firma:

AREAS DE INTERES	
Ramos de seguros de mayor producción (no especificar montos cobrados, solo nombrar en orden de mayor a menor):	¿Produce negocios en las siguientes áreas de Salud Local/Internacional?: ☐ PDSS ☐ Salud Local ☐ Salud Internacional
Comisiones de Trabajo en las que desean tener involucramiento en el programa de trabajo de ADOCOSE: ☐ Comisión de Servicio al Socio y Captación de Nuevos Socios ☐ Comisión de Capacitación ☐ Comisión de Networking ☐ Comisión de Imagen y Relaciones Públicas ☐ Comisión de Investigación y Estadísticas ☐ Comisión de Presupuesto	

Disclaimer: Las informaciones recibidas en este formulario son para el uso único y exclusivo entre el socio miembro que la remite libremente, y la Asociación Dominicana De Corredores De Seguros (ADOCOSE), a solicitud de esta última para finalidad de aportar actualización constante de su base de datos, y no será utilizada para compartir públicamente, ni con terceros, sin la expresa autorización y consentimiento de la persona responsable de la firma miembro que cuente con la autorización para hacerlo.