



¡Estamos en ti día y noche!

Acreditación No. 32
RNC: 1-01-76158-1

Solicitud de Afiliación del Titular al Seguro Familiar de Salud (SFS)

Solicitud:

Nueva
 Inclusión
 Exclusión
 Cambio ARS

Fecha:

DATOS DE PERSONALES											
NSS:					No. de Carnet de Asegurado: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
Nombre completo:					Primer Apellido:			Segundo Apellido:			
Cédula: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					Pasaporte: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>	
Nacionalidad:					Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre			Ocupación:			
Grado de Escolaridad: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Post Grado <input type="checkbox"/> Maestría											
Dirección Residencia: Calle					Casa no.		Edificio		Sector:		
Ciudad o Municipio:					Teléfonos:			E-mail			
PSS Elegido:			Es usted nuevo en la empresa? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		ARS de la que se traslada:			Administradora de Fondos de Pensiones:			

DATOS DE PERSONALES									
No. del SDSS:					RNC: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Nombre o Razón Social:					Nombre Comercial:				
Actividad:			Teléfono:			Fax:			
Dirección: Calle			No.		Edificio:		Sector:		
Ciudad o Municipio:					E-mail:				

DATOS DE PERSONALES									
Cargo:					Departamento:				
Salario Mensual:			Salario sujeto a Cotización:			Fecha de ingreso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

DATOS AFILIACION									
Precio Plan Complementario:					Departamento:				
Si la respuesta anterior es Si, indique No. de Afiliación:									

Certifico que las informaciones suministradas son ciertas, claras y completas, en caso contrario, ARS Palic Salud se reserva el derecho de anular dicho contrato, liberándose de toda consecuencia legal.

Fecha:

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Empleador

Si tiene dependientes favor llenar Formulario F-006A.

SOLICITANTE TITULAR									
Código Unico del SDSS:					Cédula: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			Sucursal:	
Nombre del Promotor:					Firma del Promotor:				

CAMPOS EXCLUSIVOS PARA ASR PALIC SALUD											
Fecha de Inclusión en el sistema:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Urgencias desde:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cobertura integral desde:		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Nota: Favor anexar los siguientes documentos: 1. Fotocopia de Cédula; 2. Acta de matrimonio o decalación jurada y firmada por 7 testigos; 3. Una foto 2 x 2.