

RNC 1-01-86442-7

RNC 1-02-01717-4

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES



99004000399

	Planes de Servicios de Salud ☐ PDSS ☐ Elemental ☐ Esencial ☐ Esencial Plus ☐ Superior ☐ Royal ☐ Max ☐ Platinum ☐ Otros _____
Día Mes Año	

DATOS DE LA EMPRESA/AFILIADO TITULAR

Nombre de la empresa					RNC									
Nombre(s) del afiliado					Apellidos									
Dirección					Sector					Ciudad/Municipio				
Contrato		Número afiliado		No. documento identificación		Tipo de documento ☐ Cédula ☐ Pasaporte		Teléfono		Celular				
¿Desea retirar su carnet en alguna de nuestras sucursales? En caso afirmativo, especifique en cuál.										Correo Electrónico				

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

1. Nombre(s)					Apellidos				
Sexo ☐ F ☐ M		Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Otro (indique)					Fecha nacimiento 		
Nacionalidad ☐ Dominicano (a) ☐ Otro (indique):					No. documento identificación		Tipo de documento ☐ Cédula ☐ Pasaporte		
Teléfono casa		Celular			Correo electrónico				
2. Nombre(s)					Apellidos				
Sexo ☐ F ☐ M		Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Otro (indique)					Fecha nacimiento 		
Nacionalidad ☐ Dominicano (a) ☐ Otro (indique):					No. documento identificación		Tipo de documento ☐ Cédula ☐ Pasaporte		
Teléfono casa		Celular			Correo electrónico				
3. Nombre(s)					Apellidos				
Sexo ☐ F ☐ M		Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Otro (indique)					Fecha nacimiento 		
Nacionalidad ☐ Dominicano (a) ☐ Otro (indique):					No. documento identificación		Tipo de documento ☐ Cédula ☐ Pasaporte		
Teléfono casa		Celular			Correo electrónico				
4. Nombre(s)					Apellidos				
Sexo ☐ F ☐ M		Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Padre/Madre ☐ Otro (indique)					Fecha nacimiento 		
Nacionalidad ☐ Dominicano (a) ☐ Otro (indique):					No. documento identificación		Tipo de documento ☐ Cédula ☐ Pasaporte		
Teléfono casa		Celular			Correo electrónico				

Firma del empleado

Firma del contratante

Sello

DECLARACIÓN DE SALUD

¿Está usted, su esposa o algunas de sus dependientes embarazadas?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique cuál y cuántas semanas

¿Transcurre normalmente?

☐ Sí ☐ No

En caso negativo, explique

Marque con un X si alguno de sus dependientes ha padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades o afecciones, en caso afirmativo especifique quién

☐ Enfermedades cardíacas

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

☐ Hipertensión arterial

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

☐ Cáncer

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

☐ Diabetes

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

☐ Enfermedad de los riñones

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

☐ Afecciones de la próstata

☐ Yo ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Otro (indique)

¿Ha padecido alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos meses?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, a quién y el tipo de lesión o enfermedad

¿Se ha recomendado a alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, especifique las siguientes informaciones

Fecha	Nombre del paciente	Tratamiento o intervención	Duración	Nombre del médico	Nombre de la clínica

Certifico que las respuestas a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas, completas y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituye la base y condición para la obtención del seguro de salud.

Por medio de la presente declaración de salud autorizo a La Compañía a acceder a la información consignada en la(s) historia(s) de mi(s) dependiente(s). De igual manera, autorizo a cualquier PSS a suministrar a la compañía los informes o documentos relacionados a su(s) estado(s) de salud.

Firma del titular

Fecha