



SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TITULAR AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD

Gerencia de Afiliación- F-005

RNC: 4-01-51645-4 | Código Único Asignado por la SISALRIL: 012-2005
Centro de Atención al Usuario: Tel.: 809-701-3821 | www.arssenasa.gob.do

NO. SOLICITUD

COMPLETE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE, SIN BORRONES NI TACHADURAS.

Fecha: _____

Solicitud: ☐ Afiliación de Titular ☐ Inclusión Dependiente ☐ Traspaso ☐ Exclusión Dependientes

DATOS PERSONALES:

Nombre completo: _____

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____

Cédula: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Nacionalidad: _____

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre Ocupación: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Sector: _____ Ciudad o Municipio: _____

Tel. Oficina: _____ Tel. Residencia: _____ Tel. Celular: _____

DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE LABORA:

Cédula/RNC: _____ Nombre o Razón Social: _____

Dirección: _____

Sector: _____ Ciudad o Municipio: _____

Teléfono(s): _____ Ext: _____ Fax: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Ingreso a la Institución: ____/____/____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES:

Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor.

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No

Discapacitado: ☐ Si ☐ No

----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----

Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No

Discapacitado: ☐ Si ☐ No

----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----

Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Nombre Completo: _____

Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No

Discapacitado: ☐ Si ☐ No

----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----

Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES:

Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor.

Nombre Completo: _____	
Parentesco: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No
Discapacitado: ☐ Si ☐ No	
----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----	
Acta Nacimiento Municipio: _____	Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Nombre Completo: _____	
Parentesco: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No
Discapacitado: ☐ Si ☐ No	
----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----	
Acta Nacimiento Municipio: _____	Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Nombre Completo: _____	
Parentesco: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No
Discapacitado: ☐ Si ☐ No	
----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----	
Acta Nacimiento Municipio: _____	Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Nombre Completo: _____	
Parentesco: _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Cédula: _____ Sexo: ☐ M ☐ F Estudiante: ☐ Si ☐ No
Discapacitado: ☐ Si ☐ No	
----- Solo llenar en caso de ser dominicano -----	
Acta Nacimiento Municipio: _____	Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

Certifico que las informaciones suministradas son ciertas, claras y completas, en caso contrario, la institución se reserva el derecho de anular dicho librándose de toda consecuencia legal.

Fecha: ____/____/____
Firma del Solicitante

Afiliación Directa de la ARS: ☐ Si ☐ No

	
Pulgar izquierdo	Pulgar derecho

PROMOTOR DE SEGURO DE SALUD:

Código Único del SDSS: _____ Cédula: _____

Nombre del Promotor: _____
Firma del Promotor: _____