



ARS SALUD SEGURA
 Código unico asignado por SISALRIL 069
 RNC 4-30-00660-2



#SOLICITUD
 F-005

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DEL TITULAR
 AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)**

Solicitud : ____ (N =Nueva, I =Inclusión Dependientes, E =Exclusión Dependientes, C = Cambio ARS)

Fecha : ____/____/____

Datos Personales :

NSS _____ - _____ No. de carnet de Asegurado _____

Nombres: _____ Primer Apellido : _____ Segundo Apellido : _____

Cédula : _____ - _____ - _____ Pasaporte : _____ Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Nacionalidad : _____ Sexo : ____ (M/ F) Estado Civil : ____ (S =Soltero, C =Casado, U =Unión Libre)

Ocupación : _____ Nivel Académico : _____

Teléfonos : _____ eMail : _____

Dirección Residencia : _____ Casa/Número: _____

Sector : _____ Ciudad o Municipio : _____

DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE LABORA :

No. del SDSS : _____ RNC : _____

Nombre o Razón Social : _____

Nombre Comercial: _____ Actividad : _____

Teléfonos/Fax : _____ eMail : _____

Dirección : _____ Casa/Número: _____

Sector : _____ Ciudad o Municipio : _____

DATOS LABORALES :

Cargo : _____ Departamento : _____

Salario Mensual : _____ Salario Sujeto a cotización : _____ Fecha de Ingreso: ____/____/____

DATOS AFILIACION :

Precio Plan Complementario : _____ ¿Está Usted Actualmente inscrito en otra ARS o el IDSS? : _____ (S =Si , N =No)

Si la respuesta anterior es Sí, indique No. de afiliación : _____

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

 Firma del Solicitante

 Firma del Empleador

Fecha: ____/____/____ (Nota : Si tiene dependientes por favor llenar el formulario F-006A)

Afiliación Directa a la ARS: _____ (S =Si , N =No)

Promotor de Seguro de Salud:

Código Único del SDSS : _____ Cédula: _____

Nombre del Promotor : _____

 Firma del Promotor