



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



#SOLICITUD
 F-006A
**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE
 DEPENDIENTES AL
 SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)**

Solicitante NSS _____ - _____

No. de Cédula del solicitante _____ - _____ - _____

Nombre completo: _____ No. de carnet de Asegurado _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES: Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor.

1.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

2.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

3.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

4.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

5.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

6.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

7.NSS: _____ - _____ Nombres : _____ 1er. Apellido : _____ 2do. Apellido. : _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____/____/____ Cédula : _____ Sexo:__(M/F) Estudiante : __ (S/N)
 Discapacitado : __ (S/N) Acta Nacimiento Municipio : _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No: _____ Año: _____

 Firma del Solicitante

 Firma del Empleador

Promotor de Seguro de Salud:

Código Único del SDSS : _____ Cédula: _____
 Nombre del Promotor : _____

 Firma del Promotor