ARS Palic Salud

¡Estamos en ti día y noche!

Acreditación No. 32
RNC: 1-01-76158-1

No. de Solicitud 704328

F-006A

SOLICITUD DE AFILIACION DE DEPENDIENTES AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)

Fecha: | | | | | | | | |

SOLICITANTE TITULAR

Solicitante NSS: | No. cédula del Solicitante:

Nombre Completo:

DATOS DE LOS DEPENDIENTES (favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor)

1. NSS: | Nombre completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

2. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

3. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

4. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

5. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

6. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

7. NSS: | Nombre Completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:
Parentesco: | Fecha de Nacimiento: | NUI o Cédula: | Sexo: Masc. ○ Fem. ○
Estudiante: ○ SI ○ NO | Discapacitado: ○ SI ○ NO | Acta de Nacimiento: Municipio: | Oficialia: | Libro: | Folio: | No.: | Año:

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Empleador

Nota: Favor anexar los siguientes documentos: 1. Fotocopia de Cédula en formato 8.5 x 11 de los dependientes mayores de 16 años; 2. Acta de nacimiento de los dependientes menores de 16 años; 3. Incluir Certificación Estudiante para mayores de 18 años.

DATOS DEL PROMOTOR

Código Unico del SDSS: | Cédula: | Sucursal:

Nombre del Promotor: | Firma del Promotor: