



Seguro Nacional de Salud

"Somos la diferencia, nuestra ganancia es tu salud"

RNC-4-01-51645-4

Año Nacional del Libro y la Lectura

#SOLICITUD

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

Código Único asignado por la SISALRIL 012-2005

RNC:4-01-516454

Instrucciones: Favor de llenar este formulario en letra de molde, sin borrones ni tachones.
Para poder llenar los códigos de parentesco puede auxiliarse de la leyenda especificada en este documento.

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

DATOS PERSONALES

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

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

No. Cédula: _____ Fecha Nac.: _____ Sexo: _____ (M/F)

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ (S = Soltero), C = Casado, U = Unión Libre)

Ocupación: _____ E-Mail: _____

Dirección Residencia: _____ Casa/Número _____

Sector: _____ Ciudad ó Municipio: _____

Cargo: _____ Tel. Res.: _____ Celular: _____

DATOS LABORALES

Cédula/RNC: _____

Nombre ó Razón Social: _____

Dirección: _____ Casa/Número _____

Sector: _____ Ciudad ó Municipio: _____

Teléfono: _____ Ext.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Fecha de Ingreso a la Institución: _____

CÓDIGOS DE PARENTESCOS

- | | | | | | | | | |
|-----------|------------|----------|-------------|-------------|--------------|----------|------------|---------------|
| 1 - Padre | 3 - Esposo | 5 - Hijo | 7 - Hermano | 9 - Abuelo | 11 - Sobrino | 13 - Tio | 15 - Nieto | 17 - Hijastró |
| 2 - Madre | 4 - Esposa | 6 - Hija | 8 - Hermana | 10 - Abuela | 12 - Sobrina | 14 - Tia | 16 - Nieta | 18 - Hijastra |

DATOS DEPENDIENTE

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

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

Código de Parentesco: _____ Fecha Nac.: _____ Lugar Nac. _____

Nacionalidad: _____ No. Cédula: _____ Sexo: _____ Estudiante: _____ Discapacitado: _____

Municipio: _____ Oficialia: _____ Libro: _____ Folio: _____ No. Acta: _____ Año Libro: _____

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.

Fecha: _____

Firma del Solicitante

Pulgar Izquierdo

Pulgar Derecho

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

Nota: Si su afiliación es directa no debe de llenar el siguiente cuadro de lo contrario sí lo debe llenar.

DATOS DEL PROMOTOR

Código Único del SDSS: _____ No. Cédula: _____

Nombre del Promotor: _____ Firma del Promotor: _____