



ARS GRUPO MEDICO ASOCIADO, S.A.

Av. Independencia No. 701, Gazcue, Santo Domingo, R.D.

Tel.: 809-685-4620 • Fax: 809-682-7758 • Desde el Interior: 1-809-200-0761

www.arsgma.com • E-mail: info@arsgma.com • RNC: 1-01-02409-7

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: _____ E-mail: _____
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: _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Casa/Número: _____
Sector: _____ Ciudad o Municipio: _____

DATOS LABORALES:

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

DATOS AFILIACIÓN:

Precio Plan Complementario: _____

Tipo de Afiliación: Por Traspaso Nómina Automática Traspaso Directo

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.

HUELLA DIGITAL
INDICE DERECHO

Firma del Empleador

Firma del Solicitante

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 _____

HISTORIAL MEDICO DEL AFILIADO TITULAR DECLARACIÓN PERSONAL

Por la información que usted declare, No le será negada la afiliación, Ni la cobertura.
Estos datos nos ayudarán a brindarle nuestros servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Nombres / Apellido Titular	No. Poliza
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Señale con una (X) si padece o ha padecido de:	

Detalle	SI	NO	Detalle	SI	NO
Accidentes o traumatismos con secuelas			Accidentes Cerebro-Vasculares (derrames)		
Alergias (especifique en caso afirmativo)			Asma		
Anemias (Falciforme)			Cáncer o tumores malignos		
Asma Bronquial			Tuberculosis		
Cirrosis Hepática, Hepatopatía Crónica			Cáncer de mamas		
Diabetes Mellitus			Varicela, Sarampión, Paperas, Rubéola		
Enfermedades Cardiovasculares adquiridas			Enfermedades Infectocontagiosas (Tuberculosis, VIH y Hepatitis B y C)		
Enfermedades Cardiovasculares congénitas			Le han realizado algún Trasplante Renal?		
Enfermedades congénitas			Le han realizado algún transplante de Cornea?		
Enfermedades de transmisión sexual			Operaciones practicadas cuál o cuales y cuando		
Enfermedades Tiroideas (Hipotiroidismo, Bocio)			Padece usted de escoliosis?		
Hepatitis (especifique el tipo si es positivo: A,B,C)			Padece usted de Insuficiencia Renal Crónica?		
Hipertensión Arterial (presión alta)			Problemas mentales, Psicológicos, Psiquiátricos		
Le han realizado algún Trasplante de Cadera, Rodilla, Hombro?					

Señale los Antecedentes Familiares y el Parentesco (padre, madre, tío, abuelo)			
Detalle	SI	NO	PARENTESCO
Tuberculosis			
Diabetes Mellitus			
Hipertensión			
Carcinomas			
Asma			
Cardiopatías			
Enfermedades Hematológicas			
Enfermedades Mentales			

PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es SI, favor especifique:

COMENTARIOS ADICIONALES:

Por medio del presente cuestionario certifico que los datos proporcionados son veraces y que no estoy ocultando datos adicionales o no enumerados, sobre mis condiciones de salud física y mental.