



Código de Cliente:

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A PLANES DE SALUDF-NE-011
V.1.3Afiliación de Titular ☐Inclusión de Dependiente(s) ☐

Modalidad:

☐ Colectivo
☐ Familiar
☐ IndividualPDSS ☐Plan Alternativo/ Adicional ☐

Nombre del Plan: _____

Con medicamentos ambulatorios ☐Sin medicamentos ambulatorios ☐**I. Datos del Titular**

Nombre(s): _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Cédula / Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: ☐ M ☐ F Peso: _____ lbs. Estatura: _____Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐

Tel. Res: _____ Tel. Móvil: _____ Tel. Ofic.: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: Calle: _____ No. casa/local _____ Edificio: _____ No. Apto: _____

Barrio/Sector: _____ Municipio/Provincia: _____

Empresa donde labora: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ RNC: _____

Dirección: Calle: _____ No. casa/local _____ Edificio: _____ No. Apto: _____

Barrio/Sector: _____ Municipio/Provincia: _____

Dirección donde desea recibir sus documentos de afiliación: Residencial ☐ Laboral ☐ Dirección donde desea recibir su factura: Residencial ☐ Laboral ☐ Correo electrónico ☐**II. Dependientes**

No.	Nombre(s)	Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Peso	Estatura	Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco
							Día	Mes	Año	
1						F				
2						F				
3						F				
4						F				
5						F				

III. ¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido de cualquiera de los siguientes síntomas y/o enfermedades?

El Titular será identificado con "T" y los dependientes serán identificados con los números del 1 al 5. Coloque en la casilla del afiliado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa.

	Afiliado					
	T	1	2	3	4	5
1. Enfermedades neurológicas (epilepsia, parálisis, embolia, esclerosis múltiple, trauma craneano, defectos al hablar, dolores de cabeza agudos, meningitis o cualquier trastorno del sistema nervioso y/o neurológico).	-	-	-	-	-	-
2. Enfermedades de los ojos, oídos, garganta, pulmones (neumonía, tuberculosis, asma, sinusitis, entre otros).	-	-	-	-	-	-
3. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencias, valvulopatías, infartos, aneurismas, várices, etc.).	-	-	-	-	-	-
4. Enfermedades gastrointestinales (úlceras, trastornos hepáticos, del colon, páncreas y demás).	-	-	-	-	-	-
5. Trastornos genito urinarios (riñones, vejiga, testículos, próstata, infecciones recurrentes, hernias, sangre en orina o cualquier otro trastorno no mencionado).	-	-	-	-	-	-
6. Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, tiroides y cualquier otro trastorno no mencionado).	-	-	-	-	-	-
7. Enfermedades musculares y de huesos (artritis, reumatismo, amputación, anomalías, entre otros).	-	-	-	-	-	-
8. Cáncer y/o tumores (próstata, útero, colon, mama, entre otros).	-	-	-	-	-	-
9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con éste, sífilis o cualquier enfermedad sexualmente transmisible.	-	-	-	-	-	-
10. Alteración de los nódulos linfáticos, lupus y/o enfermedades del sistema inmunológico, lesiones en la piel y/o infecciones.	-	-	-	-	-	-
11. ¿Tiene alguna enfermedad no mencionada anteriormente?	-	-	-	-	-	-
12. ¿Está tomando medicamentos?	-	-	-	-	-	-
13. ¿Ha estado en un hospital para observación, diagnóstico, tratamiento o intervención quirúrgica?	-	-	-	-	-	-

Continúa en la siguiente página.

	Afiliado					
	T	1	2	3	4	5
14. ¿Fuma o tiene adicción a las drogas, y/o alcohol, por la cual ha sido hospitalizado y/o tratado?	-	-	-	-	-	-
15. ¿Está embarazada?	-	-	-	-	-	-

Si usted ha indicado “si” en alguna de las respuestas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del Solicitante	Diagnóstico y tratamiento	Fecha del diagnóstico o procedimiento	Nombre y dirección del Médico y/o del Hospital

IV. Forma de pago:

Solicito contratar a Mapfre Salud ARS, pagadero en la frecuencia: _____

Fecha de efectividad: _____

Autorizo a Mapfre Salud ARS cargar a la tarjeta de crédito / debitar a la cuenta descrita a continuación, el monto de RD\$: _____

No. de Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: Corriente ☐ Ahorro ☐

No. Tarjeta de Crédito: _____ Vencimiento: _____ / _____
Mes Año

Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐

Banco o Asociación Emisor de la Tarjeta / Cuenta: _____

Nombre del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: _____ Teléfono de contacto: _____

Firma del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: _____

Declaro y reconozco que los Planes Alternativos/Adicionales de Salud entrarán en vigencia a partir de la aprobación de Mapfre Salud ARS, y lo correspondiente al PDSS/PBS a partir de la notificación recibida de parte de las autoridades del SDSS. Asimismo, certifico que todas las respuestas y la información suministrada es verdadera, completa, exacta y constituyen la base y condición para el otorgamiento del seguro. De igual manera, reconozco el derecho que tiene Mapfre Salud ARS de requerir información adicional a médicos, hospitales y proveedores de servicios de salud en general, con el propósito de determinar la asegurabilidad y veracidad de la información suministrada, incluyendo la de cada uno de los dependientes, si los hubiere. Asimismo, autorizo al acceso a cualquier información sobre exámenes, diagnósticos, historia clínica, tratamiento y/o procedimientos médicos realizados a mi o a cualquiera de mis dependientes.

Huella digital índice derecho:

Fecha: _____ Firma del Titular _____ Firma y Sello del Empleador _____

USO INTERNO MAPFRE SALUD ARS

Nombre(s) y Apellido(s) Promotor: _____

Código Promotor: _____ Cédula: _____

Gerencia de ARS correspondiente: _____ Firma: _____

Nombre(s) y Apellido(s) Asesor: _____

Código Asesor: _____ Firma: _____

Código Referidor: _____