ARS SEMMA
La Salud de la Educación

RNC 401-05266-2
Registro Núm. 14-2005

SOLICITUD DE INCLUSION

NUMERO DE CARNET:
(Del afiliado principal) ☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

I- DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

Nombre(s) :_____

Apellido(s) :_____

Cédula Actual : ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ Teléfono:_____

Dirección: _____ Email: _____

Provincia: _____ Municipio:_____

Institución donde labora:_____

II- DATOS DEL DEPENDIENTE

Parentesco **CONYUGE____ HIJO____ PADRE____ MADRE____ SUEGRO(A)____ HIJASTRO(A)____**

Nombre (s) :_____

Apellido (s) :_____

Fecha de nacimiento ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ Sexo **M** **F**

Cédula actual ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐ Nacionalidad_____

Datos del Acta de Nacimiento (sólo para los hijos)

Oficialía:_____

Libro ☐☐☐☐ Folio ☐☐☐ Acta ☐☐☐☐ Año ☐☐☐☐

Para incluir cónyuge: acta de matrimonio o declaración jurada de unión libre, copia de cédula Titular y Cónyuge. Para hijos e hijastros (si el cónyuge está afiliado), acta de nacimiento, los mayores de 17 años anexar copia de cédula y certif.de estudio. Para los padres: acta de nacimiento del titular, copia de cedula de los padres. Para suegros: (si el cónyuge está afiliado), Acta nacimiento del cónyuge, copia de cedula de los suegros. En todo caso anexar fotos 2x2 y recientes, las actas de nacimientos deben ser originales.

_____ Firma del Afiliado Principal

_____ Fecha

OBSERVACION:
La Cobertura de Salud es la Correspondiente al PDSS