



Código SISALRIL #42  
RNC: 401052662

### Solicitud de Afiliación al Plan de Servicios de Salud para Pensionados y Jubilados

#### Datos Personales

Solicitud: \_\_\_ (N=Nueva, I= Inclusión Dependientes, E=Exclusión Dependientes)

No. De carnet de Pensionado \_\_\_\_\_ NSS \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_(M/F) Estado Civil: \_\_\_(S=soltero, C=casado, U=unión libre)  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Dirección Residencia: \_\_\_\_\_ Casa/Número \_\_\_\_\_  
Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad o Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Hijos Menores de Edad: \_\_\_(S/N) Fechas Nacimientos: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

#### Datos del Cónyuge

NSS \_\_\_\_\_  
Nombres: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
Cédula: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Dirección Residencia: \_\_\_\_\_ Casa/Número \_\_\_\_\_  
Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad o Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

#### Datos de la empresa o institución donde laboró relacionado con su pensión o jubilación

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad o Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Motivo de la Pensión: Edad: \_\_\_\_\_ Tiempo en el puesto: \_\_\_\_\_ Enfermedad \_\_\_\_\_ Especial: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### Datos Afiliación

Está Usted Actualmente inscrito en alguna ARS: \_\_\_(S=Si, N=No)

En caso afirmativo, cual es el nombre de esa ARS: \_\_\_\_\_

Asimismo, el suscrito, por medio del presente documento, autorizo a la Secretaria de Estado de Hacienda, a realizar el descuento, del monto de mi pensión, del aporte que me corresponde pagar por concepto de mi afiliación al Plan de Servicios de Salud Especial Transitorio para Pensionados y Jubilados del Estado, conforme al Decreto No. 342-09, de fecha 28 de abril de 2009, dictado por Poder Ejecutivo. 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_