



MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN GENERAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES A CARGO DEL ESTADO
Formulario Solicitud de Traspaso ARS

No. Solicitud: _____

Fecha: _____

INFORMACION BENEFICIARIO

NOMBRES: _____	APELLIDOS: _____
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CEDULA/PASAPORTE: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
LUGAR NACIMIENTO: _____	
NACIONALIDAD: _____	
ESTADO CIVIL: SOLTER <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION <input type="checkbox"/>	
DIRECCION: _____	
PROVINCIA: _____	SECTOR, CIUDAD: _____
TELEFONO: _____	TELEFONO 2 (CEL): _____
CONTACTO: _____	TEL. CONTACTO: _____

TRASPASO ARS

NO. PENSIONADO: <u>1</u> _____	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE LA PENSION: _____
NO. PENSION: _____	
ARS ORIGEN: _____	
ARS DESTINO: _____	

INFORMACION PARENTES CERCANOS VIVOS

PARENTESCO	NOMBRE	CEDULA	NACIONALIDAD	FECHA NAC.

Por medio del presente documento, autorizo al Ministerio de Hacienda a realizar el cambio de ARS Origen a la ARS Destino, indicada anteriormente y además a realizar el descuento del monto de mi pensión, del aporte que me corresponde a 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, con fecha 28 de abril de 2009, dictado por el 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, liberándose de toda consecuencia legal.

Copia de Cédula

Firma del Solicitante