



Afiliación Empleado Nuevo Inclusión de Dependientes

I. Datos del Afiliado Principal

NSS No.: _____
 Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombre completo: _____
 Cédula: _____ Contrato No.: _____ Afiliado No.: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Si usted completó el "Formulario de Afiliación e inclusión a la ARS-Régimen Contributivo-", Favor pasar el punto II

Dirección: _____ Ciudad: _____
 Teléfonos: Res.: _____ Celular: _____ Beeper: _____ E-mail: _____ Sexo: M F Estado civil: Casado(a) Soltero(a)
 Unión libre Divorciado(a)
 Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____
 Dirección: _____ RNC: _____

II. Dependientes

	1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre completo	NSS No.	Cédula	Peso	Talla	Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco
									Día	Mes	Año	
1												
2												
3												
4												
5												

Alguno de los solicitantes ha padecido de cualquiera de las siguientes síntomas y/o enfermedades:

	Afiliado					
	0	1	2	3	4	5
1. Enfermedades neurológicas: epilepsia, parálisis, embolia, esclerosis múltiple, trauma craneano, defecto al hablar, dolores de cabeza agudos, meningitis o cualquier trastorno del sistema nervioso						
2. Enfermedades de los pulmones: asma, rinitis, sinusitis, tos persistente, enfisema, neumonía, bronquitis, sangre en el esputo, tuberculosis, amigdalitis frecuentes, o cualquier enfermedad y/o trastorno de los pulmones o sistema respiratorio.						
3. Enfermedades o insuficiencia del corazón: presión arterial alta o baja, trombosis arterial o venosa, aneurismas, várices, palpitaciones, soplo cardíaco, dolor precordial, angina, infarto o enfermedades de las válvulas cardíacas, o cualquier otro desorden en el sistema circulatorio.						
4. Enfermedades gastrointestinales del esófago, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlcera péptica, enfermedades del colon, duodeno, recto, hemorroides, hígado, vesícula o páncreas, hernia hiatal, ictericia, apendicitis, diverticulitis, etc.						
5. Enfermedades genitourinarias de la vejiga, riñones, ureteres, próstata, testículos, cálculos, infecciones urinarias, incontinencia urinaria, quistes, hernia inguinal o umbilical, nefritis, sangre o pus en la orina o cualquier trastorno.						
6. Diabetes, tiroides u otro trastorno del sistema endocrino. Anemia, falcemia o cualquier otro trastorno sanguíneo						
7. Artritis, reumatismo, ciática o cualquier enfermedad o trastorno de los músculos, huesos, ojos, oídos o garganta.						
8. Cáncer, tumor, enfermedad de senos, útero u ovario; hernia, várices, flebitis o úlcera de cualquier clase.						
9. Sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedad sexualmente transmisible.						
10. Alteración de los nódulos linfáticos, enfermedad crónica, lesiones raras o persistentes de la piel y/o infecciones inexplicables.						
11. ¿Tiene usted alguna enfermedad, anomalía, cojera, amputación, está recibiendo tratamiento, tomando medicamentos de cualquier clase o está embarazada actualmente?						
12. ¿Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio o alguna institución para observación, diagnóstico, intervención quirúrgica o tratamiento?						
13. ¿Ha sufrido o sufre de cualquier otra enfermedad, síntoma o padecimiento no mencionado anteriormente?						
14. ¿Se le ha recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado?						
15. ¿Alguno de los solicitantes es fumador? En caso afirmativo cuantos cigarrillos fuma al día?						
16. ¿Alguno de los solicitantes es adicto a drogas? En caso afirmativo Indique qué droga.						
17. ¿Alguno de los solicitantes consume bebidas embriagantes? En caso afirmativo Indique clase de licor, cantidad y frecuencia.						
18. ¿Tiene alguna póliza, propuesta de seguro de salud, vida o enfermedades graves en esta u otra compañía?. En caso afirmativo indique compañía, monto asegurado y fecha de vigencia						

En caso de contestar afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, favor ofrecer los siguientes detalles: Número de la pregunta, tratamiento recibido y fecha (Incluyendo medicamentos y dosis), nombre del centro donde fue atendido y nombre del médico que lo atendió.

Yo convengo y entiendo

- La cobertura no será efectiva hasta que esta solicitud sea aprobada por la Compañía.
- Toda la información suministrada por mí, en esta declaración, y cualquier información dada subsecuentemente, son manifestaciones verídicas, completas y correctas, y deberán formar parte del contrato entre mi persona y la Compañía.
- La Compañía tiene el derecho de requerir información adicional de médicos, hospitales, proveedores de cuidados de salud, con el propósito de poder determinar la asegurabilidad de los solicitantes bajo el plan por el cual estoy declarando. Asimismo autorizo el acceso a cualquier información sobre exámenes, diagnóstico, tratamiento y/o procedimientos médicos realizados a mí o a cualquiera de mis dependientes, posteriormente a la fecha de esta solicitud. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización

Fecha: _____ / _____ / _____

Afiliado Principal y/o Dependiente