

**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: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Estado civil:  Casado(a)  Soltero(a)  
 Unión Libre  Divorciado(a)

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ 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 los siguientes síntomas y/o enfermedades**

El afiliado principal será identificado con "O".  
 Coloque en la casilla del afiliado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa.

	Afiliado					
	O	1	2	3	4	5
1. Enfermedades neurológicas: epilepsia, parálisis, embolia, esclerosis múltiples, trauma craneano, defecto al hablar, dolores de cabeza agudo, 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 venenosa, aneurisma, varices, palpitaciones, soplo cardiaco, dolor precordial, angina, infarto o enfermedades de la válvula cardíacas o cualquier otro desorden en el sistema circulatorio.						
4. Enfermedades gastrointestinales del esófago, reflujo gastroesofágico, gastritis, ulcera péptica, enfermedades del colon, duodeno, recto, hemorroides, hígado, vesícula o páncreas, hernia hiatal, apendicitis, diverticulitis etc.						
5. Enfermedades genitourinarias de la vejiga, riñones, uréteres, próstata, testículos, cálculos, infecciones urinarias, incontinencia urinarias, quistes, hernias inguinal o umbilical, nefritis, sangres o pus en la orina o cualquier trastorno.						
6. Diabetes, tiroides u otros trastorno del sistema endocrino anemia, falcemia o cualquier otro trastorno sanguíneo.						
7. Artritis, reumatismos, ciática o cualquier enfermedad o trastorno de los músculos, huesos, ojos, oídos o garganta.						
8. Cáncer, tumor, enfermedades de senos, útero u ovario, hernia, varices flebitis, o ulcera de cualquier.						
9. Sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedades sexualmente transmisibles.						
10. Alteraciones de los nódulos linfáticos, enfermedades crónicas, lesiones raras o persistentes de la piel y/o infecciones inexplicables.						
11. ¿Tiene usted alguna enfermedad, anomalía, cojera, amputación, está recibiendo tratamiento, tomando medicamento 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 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 al día.						
16. ¿Algunos de los solicitantes es adicto a drogas? En caso afirmativo indique que droga.						
17. ¿Algunos de los solicitantes consume bebidas embriagantes? En caso afirmativo indique clase de licor, cantidad y frecuencia.						
18. ¿Tiene alguna póliza, propuesta de seguros 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 de 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 los 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, diagnósticos, 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