



Accreditación No. 32
RNC: 1-01-76158-1

SOLICITUD DE AFILIACION DE DEPENDIENTES AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)

Fecha:

SOLICITANTE TITULAR

Solicitante NSS:	No. de Cédula del solicitante:
Nombre Completo:	No. de carnet de Asegurado:

DATOS DE LOS DEPENDIENTES (favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor)

1. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
2. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
3. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
4. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
5. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
6. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:
7. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento:	Cédula:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acta de Nacimiento: Municipio:	Oficialia: Libro: Folio: No.: Año:

Firma del Solicitante

Firma del Empleador

Nota: Favor anexar los siguientes documentos: 1.- Fotocopia de Cédula de los dependientes mayores de 16 años; 2.- Acta de nacimiento de los dependientes menores 16 años; 3.- Incluir Certificación de Estudiante para mayores de 18 años; 4.- Una foto 2x2 de cada dependiente.

PROMOTOR DE SEGURO DE SALUD

Código Unico del SDSS:	Cédula:	Sucursal:
Nombre del Promotor:	Firma del Promotor:	