


**ARS BANCO
CENTRAL**
SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DEPENDIENTE

Día

Mes

Año

1. Datos del afiliado principal:

RNC 430-02771-5

Código núm. _____ Plan _____

Nombres y apellidos _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

Sector _____ Ciudad _____

Teléfono residencia _____ Celular _____

2. Datos del dependiente:

Nombres y apellidos _____

Cédula de identidad y electoral núm. _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Masculino Femenino

Parentesco:

 Hijo(a) Padre Cónyuge o compañero(a) de vida Suegro(a) Madre Hijastro(a) Hijo(a) legalmente adoptado(a)
3. Observaciones**4. Firma:**

 Afiliado principal

Nota: Esta solicitud debe estar acompañada de los documentos correspondientes.
PARA USO DE LA ARS PLAN SALUD/SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIOS/SECCIÓN DE AFILIACIÓN
Recibido por:

 Nombres y apellidos

 Fecha