



ARS **BANCO
CENTRAL**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DEPENDIENTE

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

RNC 430-02771-5

1. Datos del afiliado principal:

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:

<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero(a) de vida
<input type="checkbox"/> Suegro(a)	<input type="checkbox"/> Madre	
<input type="checkbox"/> Hijastro(a)	<input type="checkbox"/> 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