


**ARS BANCO  
CENTRAL**
**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTE**

Día

Mes

Año

RNC 430-02771-5

**1. Datos del afiliado titular:**

Código \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

**2. Datos del dependiente a excluir:**

Código \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Cédula de identidad y electoral núm. \_\_\_\_\_

Parentesco:

 Hijo(a)

 Padre

 Cónyuge o compañero(a) de vida

 Suegro(a)

 Madre

 Hijastro(a)

 Hijo(a) legalmente adoptado(a)

**3. Motivo de la exclusión:****4. Observaciones****Solicitado por:**

 \_\_\_\_\_  
 Firma afiliado principal

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

 \_\_\_\_\_  
 Nombres y apellidos

 \_\_\_\_\_  
 Fecha