


**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