



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

RNC: 4-01-51645-4 | Código Único Asignado por la SISALRIL: 012-2005  
Centro de Atención al Usuario: Tel.: 809-731-3821 | www.arssenasa.gob.do

Fecha: \_\_\_\_\_

COMPLETE FORMULARIO EN LETRAS DE MOLDE, SIN BORRONES NI TACHADURAS.

**PLAN:** Especial  Avanzado  Máximo  Premium  Larimar

**OPCIONAL:** Odontológicos  Medicina Ambulatoria  Ambulancia Terrestre  Ambulancia Aérea  Oftalmológicos

## DATOS PERSONALES

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Estado civil: Soltero  Casado  U. Libre

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS DEPENDIENTES

1. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: Cónyuge  Hijo (a)  Padre/Madre  Otro  Indique \_\_\_\_\_

2. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: Cónyuge  Hijo (a)  Padre/Madre  Otro  Indique \_\_\_\_\_

3. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: Cónyuge  Hijo (a)  Padre/Madre  Otro  Indique \_\_\_\_\_

4. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: Cónyuge  Hijo (a)  Padre/Madre  Otro  Indique \_\_\_\_\_

5. Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: Cónyuge  Hijo (a)  Padre/Madre  Otro  Indique \_\_\_\_\_

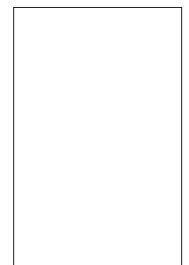
## DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa y/o Contratante: \_\_\_\_\_ RNC: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello empleador

\_\_\_\_\_  
Firma titular



Huella digital  
pulgar derecho

\_\_\_\_\_  
Nombre intermediario

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Ejecutivo de cuentas

\_\_\_\_\_  
Código



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PLANES ALTERNATIVOS DE SALUD

RNC: 4-01-51645-4 | Código Único Asignado por la SISALRIL: 012-2005  
Centro de Atención al Usuario: Tel.: 809-731-3821 | www.arssenasa.gob.do

¿Usted o algunos de sus familiares ha padecido de cualquiera de los siguientes síntomas y/o enfermedades?

	Usted	Padre	Madre	Hermano (a)	Abuelo (a)	Tío (a)	Otro
1. Enfermedades neurológicas: Epilepsia, parálisis, esclerosis, trauma craneal, defecto al hablar, dolor de cabeza agudo, meningitis o cualquier trastorno del sistema nervioso.							
2. Enfermedades de los pulmones: Asma, rinitis, sinusitis, tos persistente, efisema, neumonía, bronquitis, sangre en el esputo, tuberculosis, amigdalitis frecuente, o cualquier enfermedad y/o trastorno del sistema respiratorio.							
3. Enfermedades o insuficiencia del corazón, presión arterial alta o baja, trombosis arterial o venosa, aneurismas, palpitaciones, soplos cardíacos, dolor precordial, angina, infarto, o enfermedades de las válvulas cardíacas o cualquier otro desorden en el sistema circulatorio.							
4. Enfermedades gastrointestinales del esófago, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlcera péptica, enfermedades del colon, duodeno, recto hemorroides, hígado, vesícula o páncreas, hernia hiatal, ictericia, apendicitis, diverticulitis, etc.							
5. Enfermedades genitourinarias de la vejiga, riñones, uréteres, próstata, testículos, cálculos, infecciones urinarias, incontinencia urinaria, quistes, hernia inguinal o umbilical, nefritis, sangre o pus en la orina o cualquier otro trastorno.							
6. Diabetes, tiroides o cualquier otro trastorno del sistema endocrino. Anemia, falcemia o cualquier otro trastorno sanguíneo.							
7. Artritis, reumatismo, ciática o cualquier enfermedad o trastorno de los músculos, huesos, ojos, oídos o garganta.							
8. Cáncer, tumor, enfermedades de los senos, útero u ovario: Hernia, varices, flebitis o úlcera de cualquier clase.							
9. Sífilis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o cualquier condición relacionada con el SIDA, o enfermedades sexualmente transmitidas.							
10. Alteraciones de los nódulos linfáticos, enfermedades crónicas, lesiones raras o persistentes de la piel y/o afecciones inexplicables.							
11. ¿Tiene usted alguna enfermedad, anomalía, cojera, amputación, recibe tratamiento, toma medicamentos de cualquier clase o está embarazada actualmente?							
12. ¿Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio o alguna institución para observación, diagnóstico, intervención quirúrgica o tratamiento?							
13. ¿Ha sufrido o sufre cualquier otra enfermedad, síntoma o padecimiento no mencionado anteriormente?							
14. ¿Se le ha recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizada?							
15. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> ¿Cuántos cigarrillos al mes? <input type="text"/>							
16. ¿Consume estupefacientes? ¿Qué tipo de estupefacientes?							
17. ¿Consume bebidas embriagantes? ¿Qué clase, cantidad y frecuencia?							
18. ¿Tiene alguna póliza, propuesta de seguro de salud, vida, enfermedades catastróficas graves en esta institución u otra compañía? ¿En qué compañía, monto asegurado y fecha de vigencia?							

En caso de contestar afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor ofrecer los siguiente detalles para cada respuesta: tratamiento recibido (incluyendo medicamentos y dosis), fecha, centro donde fue atendido y nombre del médico que le atendió.

## YO CONVENGO Y ENTIENDO

- La cobertura no será efectiva hasta que esta solicitud sea aprobada por SeNaSa.
- Toda información suministrada por mí, en esta declaración y cualquier información dada subsecuente, sin manifestaciones verídicas, completas y correctas deberán formar parte del contrato entre mi persona y SeNaSa.
- SeNaSa tiene el derecho de requerir información adicional de médicos y hospitales proveedores de cuidados de la salud, con el propósito de poder determinar de los solicitantes bajo el plan por el cual estoy declarando, autorizo el acceso a cualquier información sobre exámenes, diagnósticos, tratamientos y/o procedimientos médicos realizados a mi o a cualquiera de mis dependientes, posteriormente a la fecha de esta solicitud. Una copia de esta declaración podrá servir como prueba de mi autorización.

Fecha: \_\_\_\_\_

Afiliado principal y/o dependiente \_\_\_\_\_