

## Formulario Solicitud de Afiliación Salud Doméstica

### Datos del contratante y/o empleador

\*Nombres(s): \_\_\_\_\_ \*Apellidos(s): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_  
 Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 \*Cédula/pasaporte/NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Unión libre   
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ \*Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 \*Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ \*Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

### Datos del servicio doméstico y sus dependientes

Nombres y apellidos	Cédula	Sexo		Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Parentesco
		M	F		Día	Mes	Año	

Observaciones: \_\_\_\_\_

### Pago de prima

Valor de la prima RD\$ \_\_\_\_\_ mensual Frecuencia de pago de la prima: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Forma de pago: Pago automático  Día de cobro

Para pago automático, autorizo a la institución bancaria indicada a descontar durante la vigencia de este seguro el valor de las primas correspondientes a la opción seleccionada por mí.

\*Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Tipo cuenta: Corriente  De ahorro

Número de cuenta

Número de Tarjeta de Crédito

Fecha de vencimiento

CW

Visa  MasterCard  Otra: \_\_\_\_\_

\*Campos obligatorios/ Información de medio de pago es obligatoria.

### Declaración

Mediante la presente autorizo a ARS Universal, S. A., a que me incluya en la póliza Salud Doméstica. Convengo que los términos de ese seguro serán regidos por las disposiciones de la póliza arriba mencionada y convengo además que las siguientes declaraciones formarán parte integral de dicha póliza:

1. Que yo y/o ninguno de mis dependientes tenemos problemas de salud, que no hemos sufrido, ni se nos han informado que padecemos de enfermedades del corazón, pulmones, úlceras, sida, diabetes, cáncer o tumores malignos, riñones, presión arterial, taquicardia, o del sistema genitourinario en general, enfermedades, hepáticas, afecciones de la próstata (si es hombre), trastornos de los órganos femeninos( si es mujer), alteraciones o hemorragias menstruales, quiste en senos u otros órganos, virus del papiloma humano (VPH), neoplasia intraepitelial cervical III, carcinoma in situ, ni hemos recibido radiación o quimioterapia, deformidad, amputación o incapacidad física, tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica en curso, alteración en la tiroides, Goiter, embarazo en curso.

2. Que yo y/o mis dependientes nos dedicamos a actividades de lícito comercio y no peligrosas, tales como: trabajos en altamar, trabajos en túneles, trabajos en subterráneos, trabajos en pozos, buzo, bombeo, trabajos con explosivos, guardaespaldas, cuerpo de seguridad, fumigación, entre otras actividades similares.

3. Que yo y/o ninguno de mis dependientes participamos en ningún deporte en el cual la vida puede estar en peligro.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas, y constituyen la base y condición para la objeción de este seguro y autorizo a cualquier médico, profesional, hospital o clínica, de proveer a ARS Universal, S. A., cualquier información proporcionadas a mi relacionadas con enfermedades.

A los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, República Dominicana.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Cédula de identidad, pasaporte o NSS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_