

Formulario Solicitud Afiliación

INCLUSIÓN <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependiente	PRODUCTO	NO. CONTRATO Y FAMILIA
--	----------	------------------------

Datos del solicitante

NOMBRE(S)		APELLIDO(S)	
CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre			
DIRECCIÓN RESIDENCIA (Calle y número)			
BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL	APARTAMENTO/CASA NO.
CELULAR	TEL. RESIDENCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	

Datos de la empresa o institución donde labora

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		RNC
DIRECCIÓN (Calle y número)		
BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

Datos del promotor de salud y/o ARS

NOMBRE Y APELLIDO	Cédula o RNC
-------------------	--------------

Firma del promotor



Sello de la ARS

Yo afiliado titular, declaro, libre y voluntariamente, mi decisión de afiliarme a la ARS Universal; por consiguiente, autorizo a que la ARS de mi elección pueda revisar mi expediente clínico, tanto en ambulatorio como en hospitalización, en caso de que fuere necesario, con la finalidad de que cumpla con el pago a los Prestadores de Servicios de Salud de la cobertura del Plan Básico de Salud del Seguro Familiar de Salud del Sistema Dominicano de Seguridad Social.

Cédula del afiliado

Nombre completo del afiliado

Firma del afiliado igual que en la cédula



Izquierdo



Derecho

Huellas dactilares índices

Datos de los dependientes

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PARENTESCO
		Día	Mes	Año				

Datos solicitud medicina prepagada (no aplica para PBS)

NIVEL ACADÉMICO

Primario Secundario Técnico Universitario Postgrado Maestría Doctorado

PROFESIÓN

VEHICULO

CASA

Si No Propia Alquilada Dependiente

ESCALA SALARIAL

+ 70,000 - 70,000 + 50,000 - 50,000 + 30,000 - 30,000 + 20,000 - 20,000

Antecedentes médicos de los solicitantes (no aplica para PBS)

SEGÚN SU CONOCIMIENTO, ALGUNA DE LAS PERSONAS NOMBRADAS EN ESTA SOLICITUD HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS Y/O ENFERMEDADES:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. Deformidad, amputación o incapacidad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer o tumores malignos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. (Masculino) alteraciones en la próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Goiter, alteración en la tiroides o diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratado y/o hospitalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otra: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alteración de la vesícula, del estómago, del hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Catarata u otra alteración de los ojos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI USTED HA INDICADO "SI" EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES, FAVOR COMPLETAR LAS SIGUIENTES INFORMACIONES:

PUNTO NO.	NOMBRE DEL SOLICITANTE	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE, TELÉFONO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O DEL HOSPITAL

Nota: En caso de que no existan observaciones, colocar N/A (No aplica).

UNIVERSAL (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta. Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía a suministrar a UgcVYXUX de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Sucursal

Código

Promotor

Código

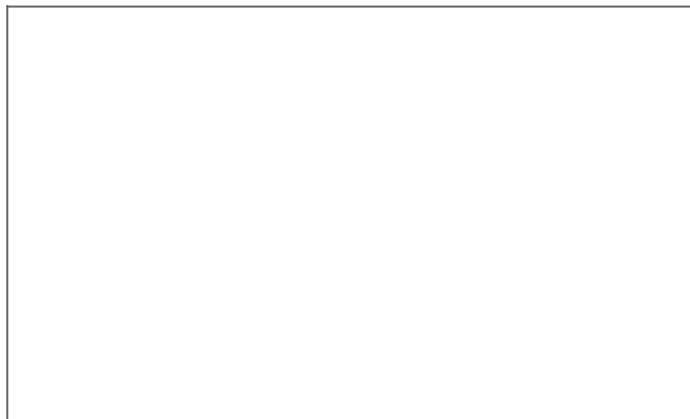
Supervisor

Código

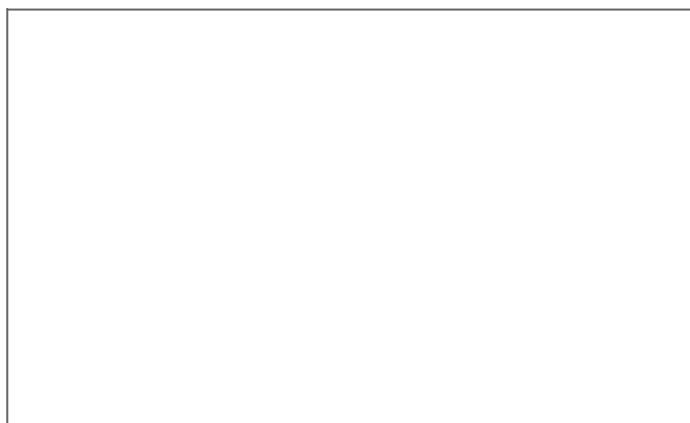
Firma y sello empresa

Firma del titular

Fecha



Copia frontal de la cédula



Copia del reverso de la cédula

Nota: La copia de la cédula de identidad debe ser totalmente legible, de modo que se puedan ver todos los datos.