

Código de Cliente:

Solicitud de afiliación a planes de salud

Afiliación de Titular <input type="checkbox"/> Inclusión de Dependiente(s) <input type="checkbox"/>	Modalidad:	Colectivo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	PDSS <input type="checkbox"/>	Plan Alternativo/ Adicional <input type="checkbox"/> Nombre del Plan: _____
--	------------	--	-------------------------------	--

I. Datos del titular

Nombre(s): _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Documento de Identidad: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año Sexo: M F Peso: _____ lbs Estatura: _____

Nacionalidad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión Libre

Tel. Res: _____ Tel. Móvil: _____ Tel. Ofic.: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: Calle: _____ No. casa/local _____ Edificio: _____ No. Apto: _____
 Barrio/Sector: _____ Municipio/Provincia: _____

Empresa donde labora: _____ Teléfono: _____ RNC: _____

Dirección: Calle: _____ No. casa/local _____ Edificio: _____ No. Apto: _____
 Barrio/Sector: _____ Municipio/Provincia: _____

II. Dependientes

No.	Nombre(s)	Apellido(s)	Documento de Identidad	Peso	Estatura	Sexo	Fecha de nacimiento			Parentesco
							Día	Mes	Año	
1										
2										
3										
4										
5										

III. ¿Alguno de los solicitantes padece o ha padecido de cualquiera de los siguientes síntomas y/o enfermedades?

El Titular será identificado con "T" y los dependientes serán identificados con los números del 1 al 5. Coloque en la casilla del afiliado correspondiente una "S" si su respuesta es afirmativa o una "N" si es negativa.

	Afiliado					
	T	1	2	3	4	5
1. Enfermedades neurológicas (epilepsia, parálisis, embolia, esclerosis múltiple, trauma craneano, defectos al hablar, dolores de cabeza agudos, meningitis o cualquier trastorno del sistema nervioso y/o neurológico).						
2. Enfermedades de los ojos, oídos, garganta, pulmones (neumonía, tuberculosis, asma, sinusitis, entre otros).						
3. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencias, valvulopatías, infartos, aneurismas, várices, etc.).						
4. Enfermedades gastrointestinales (úlceras, trastornos hepáticos, del colon, páncreas y demás).						
5. Trastornos genito urinarios (riñones, vejiga, testículos, próstata, infecciones recurrentes, hernias, sangre en orina o cualquier otro trastorno no mencionado).						
6. Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, tiroides y cualquier otro trastorno no mencionado).						
7. Enfermedades musculares y de huesos (artritis, reumatismo, amputación, anomalías, entre otros).						
8. Cáncer y/o tumores (próstata, útero, colon, mama, entre otros).						
9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier condición relacionada con éste, sífilis o cualquier enfermedad sexualmente transmisible.						
10. Alteración de los nódulos linfáticos, lupus y/o enfermedades del sistema inmunológico, lesiones en la piel y/o infecciones.						
11. ¿Tiene alguna enfermedad no mencionada anteriormente?						
12. ¿Está tomando medicamentos?						
13. ¿Ha estado en un hospital para observación, diagnóstico, tratamiento o intervención quirúrgica?						

Continúa en la siguiente página.

	Afiliado					
	T	1	2	3	4	5
14. ¿Fuma o tiene adicción a las drogas, y/o alcohol, por la cual ha sido hospitalizado y/o tratado?						
15. ¿Está embarazada?						

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 del diagnóstico o procedimiento	Nombre y dirección del Médico y/o del Hospital

Declaro y reconozco que los Planes Alternativos/Adicionales de Salud entrarán en vigencia a partir de la aprobación de Mapfre Salud ARS, y lo correspondiente al PDSS/PBS a partir de la notificación recibida de las autoridades del SDSS. Asimismo, certifico que todas las respuestas y las informaciones suministradas son verdaderas, completas, exactas y constituyen la base y condición para el otorgamiento del seguro y formarán parte del contrato suscrito. De igual manera, reconozco el derecho que tiene Mapfre Salud ARS de requerir información adicional a médicos, hospitales y proveedores de servicios de salud en general, con el propósito de determinar la asegurabilidad y veracidad de la información suministrada, incluyendo la de cada uno de los dependientes, si los hubiere. Asimismo, autorizo al acceso a cualquier información sobre exámenes, diagnósticos, historia clínica, tratamiento y/o procedimientos médicos realizados a mí o a cualquiera de mis dependientes, con el propósito de poder determinar mi asegurabilidad bajo el plan por el cual he declarado, o para cualquier reclamación futura. Doy mi consentimiento y autorización expresa para que Mapfre Salud ARS y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la recopilación, tratamiento y transferencia de mis datos personales y de salud, incluyendo los de mis dependientes, incluyendo los biométricos e informaciones que declaro haber entregado voluntariamente, a sus empresas vinculadas y a cualquier tercero prestador de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de República Dominicana, para efectos de poder hacer efectivos los beneficios que pueden estar asociados al seguro, así como para efectos de almacenamiento de la información conforme lo requieran las leyes sanitarias y de protección de datos personales. Una copia fotostática o producida por la vía digital o electrónica de esta solicitud podrá servir como prueba de la autorización concedida respecto a cada una de las declaraciones aquí realizadas.

Huella digital índice derecho:

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

 Firma del Titular

 Firma y Sello del Empleador

Uso interno Mapfre Salud ARS

Nombre(s) y Apellido(s) Promotor: _____

Código Promotor: _____ Documento de Identidad: _____

Nombre(s) y Apellido(s) Asesor: _____

Código Asesor: _____ Firma: _____

Código Referidor: _____