

Código de Cliente:



MAPFRE SALUD | ARS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN A PLANES DE SALUD

F-NE-011
V.1.3

Afiliación de Titular ☐

Inclusión de Dependiente(s) ☐

Modalidad:

Colectivo ☐
Familiar ☐
Individual ☐

PDSS ☐

Plan Alternativo/ Adicional ☐

Nombre del Plan: _____

Con medicamentos ambulatorios ☐

Sin medicamentos ambulatorios ☐

I. Datos del Titular

Nombre(s): _____

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Cédula / Pasaporte: _____ 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: _____ Fax: _____ RNC: _____

Dirección: Calle: _____ No. casa/local _____ Edificio: _____ No. Apto: _____

Barrio/Sector: _____ Municipio/Provincia: _____

Dirección donde desea recibir sus documentos de afiliación: Residencial ☐ Laboral ☐ Dirección donde desea recibir su factura: Residencial ☐ Laboral ☐ Correo electrónico ☐

II. Dependientes

No.	Nombre(s)	Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	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

IV. Forma de pago:

Solicito contratar a Mapfre Salud ARS, pagadero en la frecuencia: _____

Fecha de efectividad: _____

Autorizo a Mapfre Salud ARS cargar a la tarjeta de crédito / debitar a la cuenta descrita a continuación, el monto de RD\$: _____

No. de Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: Corriente ☐ Ahorro ☐

No. Tarjeta de Crédito: _____ Vencimiento: _____ / _____
Mes Año

Visa ☐ Mastercard ☐ American Express ☐

Banco o Asociación Emisor de la Tarjeta / Cuenta: _____

Nombre del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: _____ Teléfono de contacto: _____

Firma del Tarjetahabiente / Titular de la Cuenta: _____

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 parte de las autoridades del SDSS. Asimismo, certifico que todas las respuestas y la información suministrada es verdadera, completa, exacta y constituyen la base y condición para el otorgamiento del seguro. 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 mi o a cualquiera de mis dependientes.

Huella digital índice derecho:

Fecha: _____ Firma del Titular _____ Firma y Sello del Empleador _____

USO INTERNO MAPFRE SALUD ARS

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

Código Promotor: _____ Cédula: _____

Gerencia de ARS correspondiente: _____ Firma: _____

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

Código Asesor: _____ Firma: _____

Código Referidor: _____