



99004000399

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES**

## Plan de Servicios de Salud

Fecha de efectividad \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año**DATOS DE LA EMPRESA/AFILIADO TITULAR**

Nombre de la empresa					RNC	
Nombre(s) del afiliado			Apellidos			
Dirección			Sector		Ciudad/Municipio	
Contrato	Número afiliado	No. documento identificación	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Teléfono	Celular	
¿Desea retirar su carnet en alguna de nuestras sucursales? En caso afirmativo, especifique en cuál					Correo electrónico	

**DATOS DE LOS DEPENDIENTES**

1. Nombre (s)			Apellidos			
Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Parentesco <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo (a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro (indique)			Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año		
Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)			No. documento identificación		Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	
Teléfono casa		Celular		Correo electrónico		
2. Nombre (s)			Apellidos			
Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Parentesco <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo (a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro (indique)			Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año		
Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)			No. documento identificación		Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	
Teléfono casa		Celular		Correo electrónico		
3. Nombre (s)			Apellidos			
Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Parentesco <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo (a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro (indique)			Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año		
Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)			No. documento identificación		Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	
Teléfono casa		Celular		Correo electrónico		
4. Nombre (s)			Apellidos			
Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Parentesco <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo (a) <input type="radio"/> Padre/Madre <input type="radio"/> Otro (indique)			Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Día Mes Año		
Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)			No. documento identificación		Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	
Teléfono casa		Celular		Correo electrónico		

Firma del titular

Firma del contratante

Fecha DD/MM/AA

Fecha DD/MM/AA

Sello