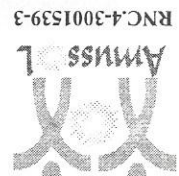


**Asociación Mutua de Servicios Solidarios (AMUSSOL-CASC)**  
**SECTOR ECONOMIA INFORMAL**



RNC.4-3001539-3

**SOLICITUD DE AFILIACION A LA AMUSSOL**

Código No.

A. DATOS GENERAL									
No. Seguridad Social (NSS)		Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido			
Segundo Apellido		Apodo		Nacionalidad		Cédula o Pasaporte		Sexo	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Es Usted		Ocupación		Fecha de Ingreso a Empresa	
				?Zurdo? <input type="checkbox"/>					
				?Derecho? <input type="checkbox"/>					
Nombre de Conyuge									
No. de Seguro Social (IBSS)									
DIRECCION RESIDENCIAL									
Tipo de calle									
<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Autopista o carretera <input type="checkbox"/> Respaldo <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/>									
?Desca recibir la correspondencia? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/>									
Nombre de la calle									
Sector		Ciudad / Municipio		Nombre del Edificio		No. Apto.		Apto. Postal	
Teléfono Casa		Teléfono Trabajo		Celular		E-mail			
B. DATOS DE LOS DEPENDIENTES									
Nombre y Apellido del dependiente		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Parentesco	
D. DATOS DEL ASegurADO									
SALARIO:		BASE DE SALARIO: <input type="checkbox"/> % Sobre Producción <input type="checkbox"/> Labor Rendida <input type="checkbox"/> Contrato a Termin							
RDS		<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mes							
Forma de pago									
<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual									
FEDERACION ORGANIZACION PROPIETARIO DEL NEGOCIO CEDULA:									
DATOS DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL QUE REALIZA:									

C/ Juan Erazo, #14, Villa Juana, santo Domingo, Rep. Dom. • Tel.: 809-238-8992 • Telefax: 809-221-8930  
 E-Mail: amussol@codetel.net.do

**DECLARACION DE SALUD**

¿Cual es su peso actual? \_\_\_\_\_  
 Cuanto mide \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_  
 ¿Esta usted (su esposa) actualmente embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuantos meses? \_\_\_\_\_  
 ¿El embarazo transcurrió normalmente? \_\_\_\_\_ En caso negativo, explique \_\_\_\_\_

**Usted o algún Familiar padece de las enfermedades siguientes:**

- Enfermedades Cardíacas: \_\_\_\_\_
- Hipertensión Arterial: \_\_\_\_\_
- Diabetes: \_\_\_\_\_
- Cáncer: \_\_\_\_\_
- Asma: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Fuma Usted: \_\_\_\_\_ Cantidad Diaria: \_\_\_\_\_  
 ¿Desce hace cuanto fuma? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos 3 meses? \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, especifique quien y el tipo de lesión o enfermedad.

¿Se le ha recomendado a usted o a alguno de sus dependientes alguna operación quirúrgica o tratamiento? \_\_\_\_\_  
 En caso positivo, detalle a continuación.

Fecha	Nombre del paciente	Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Clinica
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Tiene usted en la actualidad otro seguro de vida o salud vigente \_\_\_\_\_ cual compañía \_\_\_\_\_  
 Monto asegurado RD\$ \_\_\_\_\_

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

Mediante el siguiente convenio, las partes adquieren los compromisos siguientes:  
 A. La AMUSSOL se compromete a afiliar a todos sus miembros, al ADS, para lo cual utiliza todos los datos que contienen el presente formulario y otros documentos recabados para tales fines.

Así mismo, la AMUSSOL recaudará los importes a pagar al Sistema Dominicano de Seguridad Social por cada afiliado, así como lo correspondiente a otros servicios previamente convenidos entre las partes tales como; pago o autorizaciones de seguridad social, pago de cuota de afiliación a AMUSSOL-CASC, FENITEP y otras federaciones etc., teniendo la AMUSSOL la responsabilidad de hacer la distribución de dichos recursos, de conformidad con las recaudaciones previamente realizadas y teniendo que demostrar a sus afiliados la pulcritud de esta operación mediante la rendición de informes financieros fehacientes y debidamente auditados.  
 B. El afiliado se compromete a realizar los pagos en los montos y tiempos previamente establecidos con la AMUSSOL, bajo el entendido que cualquier retraso en el cumplimiento de sus obligaciones económicas, las penalidades y consecuencias derivadas por esta falta, recaerán indebidamente en el propietario o empleador del afiliado.

Hecho y firmado de buena fe, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
 Afiliado \_\_\_\_\_  
 Propietario o Empleador \_\_\_\_\_  
 AMUSSOL \_\_\_\_\_