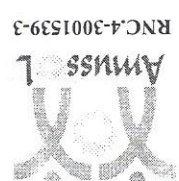


CONVENIO DE INCLUSION DEL SECTOR AGRICOLA AL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS SERVICIOS SOLIDARIOS.

Asociación Mutual de Servicios Solidarios
(AMUSSOL-CASC)
SECTOR AGRICOLA



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	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		Estado Civil		Es Usicd <input type="checkbox"/> Zurdo? <input type="checkbox"/> Derecho? <input type="checkbox"/>		Ocupación	
Fecha de Ingreso a Empresa		Nombre de Conyuge		No. de Seguro Social (DSS)					
DIRECCION RESIDENCIAL									
Tipo de calle		? Desea recibir la correspondencia? <input type="checkbox"/>		? Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Respaldo <input type="checkbox"/>		? Casa <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>		Nombre de la calle	
Sector		Ciudad / Municipio		Nombre del Edificio		No. Apto.		Apdo. Postal	
Teléfono Casa		Teléfono Trabajo		Cédula		E-mail			
B. DATOS DE LOS DEPENDIENTES									
Nombre y Apellido del dependiente		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Parentesco	
Cédula		Beneficiario %							
Nombre y Apellido del dependiente		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Parentesco	
Cédula		Beneficiario %							
Nombre y Apellido del dependiente		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Parentesco	
Cédula		Beneficiario %							
Nombre y Apellido del dependiente		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Parentesco	
Cédula		Beneficiario %							
B. DATOS DE LOS DEPENDIENTES									
UBICACION		C/TAREA DE TERRENO				TIPO DE CULTIVO			
FEDERACION		ORGANIZACION				PROPIETARIO DE LA PARCELA			
D. DATOS DEL ASEGURADO									
SALARIO:		BASE DE SALARIO: <input type="checkbox"/> % Sobre Producción <input type="checkbox"/> Labor Rendida <input type="checkbox"/> Contrato a Terminio							
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							

C/ Juan Erazo, #14, Villa Juana, santo Domingo, Rep. Dom. • Tel.: 809-238-8992 • Telefax: 809-221-8930
E-mail: amussol@verizon.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: _____
?Desde 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 afiliarse a todos sus miembros, al ADS, para lo cual utilizará 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, FENEP, 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 purlitrud 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 ante cualquier retraso en el cumplimiento de sus obligaciones económicas, las penalidades y consecuencias derivadas por esta falta, recaerán indeliblemente 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