

<input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
Forma de pago	
RDS	<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Contrato/tiempo indefinido o empleado fijo
SALARIO:	BASE DE SALARIO: <input type="checkbox"/> % Sobre Producción <input type="checkbox"/> Labor Rendida <input type="checkbox"/> Contrato a Término
D. DATOS DEL ASGURADO	
Federación	Organización
Propietario del Vehículo	Cédula
Marca	Año
Modelo	Tipo
Pasajeros	Chasis
C. DATOS GENERALES DEL VEHICULO Y/O EMPRESA	
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	
Telefono Casa	Telefono Trabajo
E-mail	Celular
Sector	Ciudad / Municipio
Nombre del Edificio	No. Apdo.
Apdo. Postal	Nombre de la 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"/> Casa <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-mail	
DIRECCION RESIDENCIAL	
Nombre del cónyuge	No. de seguro social (IDSS)
Fecha de nacimiento	Estado civil
Es Usado?	¿Zurdo?
¿Derecho?	Ocupación
Fecha de Ingreso a empresa	Sexo
Segundo apellido	Apodo
Nacionalidad	Cédula o Pasaporte
Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Primer apellido
A. DATOS GENERAL	

CÓDIGO No.

SOLICITUD DE AFILIACION A LA AMUSSOL

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

Sección Transporte



Asociación Mutual de Servicios Solidarios (AMUSSOL-CASC)



Afiliado _____ Propietario o Empleador _____ AMUSSOL _____

Hecho y firmado de buena fe, a los _____ días del mes de _____ del año _____

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 indistintamente en el propietario o empleador del afiliado.

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 amortizaciones de seguros de vehículos, seguro viajero, pago de cuota de afiliación a AMUSSOL, CASC, CONTRA, 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 purlitud de esta operación mediante la rendición de informes financieros fehacientes y debidamente auditados.

A. La AMUSSOL se compromete a afiliarse a todos sus miembros, al SDSS, para lo cual utilizará todos los datos que contiene el presente formulario y otros documentos recibidos para tales fines.

Mediante el siguiente convenio, las partes adquieren los compromisos siguientes:

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

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

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

?Se le ha recomendado a usted al alguno de sus dependientes alguna operación quirúrgica o tratamiento? _____
en caso positivo, detalle a continuación _____

?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. _____

Fuma usted _____ Cantidad diaria _____
?Desde hace cuanto Fuma? _____

?Usted o algún familiar padecen o han padecido de las enfermedades siguientes:
 Enfermedades cardíacas: _____
 Hipertensión arterial: _____
 Diabetes: _____
 Cáncer: _____
 Asma: _____
 Otros: _____

?Cual es su peso actual? _____
?Esta usted (su esposa) actualmente embarazada? _____
?El embarazo transcurrió normalmente? _____
?Cuanto mide _____ pies _____ pulgadas
?Cuántos meses? _____
en caso negativo, explique _____