



República Dominicana

Ministerio de Relaciones Exteriores
Portal de Servicios Consulares

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO
Plan de Ayuda Mutua
(Versión revisada y aprobada en el 2009)

INSTRUCCIONES Y ORIENTACIONES DE LLENADO

1. El llenado debe hacerse en letra de molde o a máquina. Evitar tachaduras.
2. Una vez llenado diríjase a la Oficina Consular o a un promotor autorizado a fin de que solicite los servicios del Plan de Ayuda Mutua. El llenado previo le ahorra tiempo y asegura disponer de la documentación mínima necesaria. Una vez efectivo el pago, la Oficina Consular tramitará el expediente del afiliado a la Aseguradora para lo cual dispondrá de siete (7) días laborables, pasado ese tiempo el ciudadano se considera asegurado, bajo las condiciones estipuladas en el contrato de la póliza del Seguro de Previsión.
3. El Formulario de Solicitud de Servicio sólo tiene utilidad para el personal consular. Su intento de utilización ante las autoridades de cualquier institución que no sea una Oficina Consular dominicana no tendrá validez y sólo ocasionará pérdida de tiempo y de recursos al ciudadano.
4. Cobertura del Plan de Ayuda Mutua. Incluye la repatriación del cadáver a la República Dominicana. Opción de servicio en España en caso de que la familia decida no trasladar el cadáver a la República Dominicana. Asistencia a las familias. Asistencia jurídica; y una asistencia médica condicionada.
5. Disposición Legal. En virtud de la Ley 716 del nueve (9) de octubre del año mil novecientos cuarenta y cuatro (1944) para los cónsules dominicanos, bajo el mandato de protección de los intereses de los dominicanos en el exterior y amparado en el Contrato Firmado por el Consulado General de la República Dominicana en Madrid, España, con la Aseguradora DKV, todos los ciudadanos dominicanos en la Jurisdicción del Consulado General de la República Dominicana en Madrid, España y la jurisdicción de otras oficinas consulares que hayan firmado acuerdo de colaboración con el Consulado de Madrid, pueden solicitar los servicios del Plan de Ayuda Mutua para Dominicanos en el Exterior. Consultar requisitos en Internet: www.ConsuladoDominicanoMadrid.org y www.consuladord.com.
6. Restricciones. El afiliado no recibirá cobertura del Seguro cuando la muerte sucediera bajo alguna de las siguientes condiciones: a) Por hechos voluntariamente, causados por el asegurado o aquellos en que concurra en engaño o culpa grave por parte del mismo; b) Por dolencias o enfermedades crónicas preexistentes, así como con sus consecuencias, padecidas por el asegurado con anterioridad a la contratación de la póliza; y c) Muerte como causa directa por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.
7. Descripción ítem del formulario:
 - a) **SOLICITANTE.** Se refiere al ciudadano que solicita el servicio. Deberá suministrar todas las informaciones que aparecen en el formulario. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, la solicitud deberá tramitarla uno de los padres o representante legal del menor. En caso de que los padres o el representante legal faltasen, será requerido que una tercera persona mayor de edad represente al menor para poder ser efectivamente afiliado al Plan. Se aclara que aquellos solicitantes con 64 años o más abonarán unas tasas adicionales que explicará el personal consular o el promotor del Plan, a fin de cubrir los mayores riesgos asociados a edad avanzada.
 - b) **CUESTIONARIO DE SALUD.** Se trata de cuatro (4) preguntas que deben ser contestada por el solicitante de buena fe y bajo juramento. Las respuestas tienen carácter vinculante ya que la póliza del Seguro de Repatriación de Cadáver limita o puede suspender la efectividad del Seguro, si se demuestra que el ciudadano padecía una enfermedad terminar no informada.
 - c) **FORMA DE PAGO.** En esta Sección se indica al ciudadano la forma de realizar el pago de la cuota correspondiente a su renovación del Plan de Ayuda Mutua, que debe efectuar cada año, en el mismo mes que haya realizado su afiliación inicial. Puede ser por depósito bancario en la cuenta del Consulado General de la Republica Dominicana en Madrid, o directamente en la Oficina Consular
8. Cualquier duda contactar a la Oficina Consular o al promotor.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO
Plan de Ayuda Mutua

a) SOLICITANTE

1. Datos Identificación

1.1 Primer Apellido*	1.2 Segundo Apellido*
1.3 Nombres*	
1.4 Sexo*	1.5 Estado Civil*
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre

2. Documento de Identidad según país del documento*

2.1 De la República Dominicana	2.2 Otro País: _____
Pasaporte _____	Pasaporte _____
Cédula de Identidad _____	Documento de Identidad _____
Otro (especifique) _____	Otro (especifique) _____

3. Datos de Nacimiento y de Nacionalidad

3.1 Fecha de Nacimiento*	3.2 País de Nacimiento*
<input style="width: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> dd / <input style="width: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> mm / <input style="width: 20px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> yyyy	<input style="width: 100%;" type="text"/>
3.3 Provincia/Estado/Departamento/Región/Ciudad*	
3.4 Localidad/Municipio/Condado*	
3.5 País de Nacionalidad*	
3.6 País de Segunda Nacionalidad (si tiene)	

4. Datos Educativos y Laborales

4.1 Mayor Grado Académico Alcanzado
4.2 Ocupación Actual (a la que dedica mayor tiempo)

5. Ubicación Actual

5.1 País*
5.2 Provincia/Estado/Departamento/Región/Ciudad*
5.3 Localidad/Municipio/Condado*
5.4 Dirección (Tipo y nombre de la vía, número, escalera, piso, apartamento, CP/ZIP, Apartado Postal)*
5.5 Teléfono celular/móvil*
5.6 Teléfono fijo/residencial*
5.7 Teléfono de trabajo/oficina
5.8 E-mail/correo electrónico

* Campos obligatorios

b) CUESTIONARIO DE SALUD

1. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad importante?. Si es afirmativo, ¿Cuál?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	4. ¿Tiene o ha sufrido algunas de las siguientes enfermedades?:	
2. ¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?. Si es afirmativo, ¿Cuál?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	a) Enfermedades Cardiovasculares (problemas del corazón, ataques del corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis, crisis de algún tipo, hipertensión arterial, otros?)	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido o tiene usted alguna enfermedad infecto-contagiosa?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	b) ¿Lleva usted marcapasos?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		c) ¿Sufre de algún tipo de alergia?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		d) ¿Es diabético (azúcar en la sangre)?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		e) ¿Ha padecido hepatitis o enfermedad hepática?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		f) ¿Problemas de úlceras de estomago o duodeno?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		g) ¿Problemas renales?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		h) ¿Ha presentado hemorragias, cirugías o traumatismos?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
		i) ¿Ha padecido algún trastorno o cirugía no mencionado anteriormente?	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

Por tanto, declaro que los datos que he facilitado en el presente cuestionario son ciertos a mi buen saber y entender. Y asimismo mediante la firma de este documento, me comprometo a pagar la cuota anual fijada para cada afiliado.

Nombre y Firma Promotor	Firma del Interesado
-------------------------	----------------------

c) FORMA DE PAGO

Deberá ingresar la cuota anual en la cuenta del Plan de Ayuda Mutua de los Dominicanos Residentes en el Exterior, la cual se encuentra en el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA), con el siguiente código: **0182 0947 20 0208 52 3842**.

También puede dirigirse directamente a la Oficina Consular, dentro del mes que corresponda su renovación, para la realización del pago anual.