Una acción del Gobierno de la República Dominicana

"...Nuestras Embajadas y Consulados, deben ser capaces en primer lugar, de proteger y garantizar los derechos de nuestra gente en cualquier parte del mundo."

Haciendo lo que nunca se ha hecho en materia de salud para todos los dominicanos.

Información y tramitación del SeNaSa
en los siguientes Consulados:

Madrid
Consulado General de la República Dominicana
Calle Castelló, 25, Piso 2, Puerta E
28001 Madrid, España
Telf.: 91 431 5321 y 91 435 0227

Barcelona
Consulado General de la República Dominicana
Calle París 211, 7º Piso
08008 Barcelona, España
Telf.: 93 237 9213

Valencia
Consulado de la República Dominicana
Calle San Vicente Mártir No. 100-2-2
46007 Valencia, España
Telf.: 96 352 1780

Sevilla
Consulado de la República Dominicana
Avenida de la República de Argentina 8, piso 2-A
41011 Sevilla, España
Telf.: 95 427 42 41

Santa Cruz de Tenerife
Consulado General de la República Dominicana
Calle Villalba Hervás No. 9, piso 9, pta. 2
38002 Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, España
Telf.: 922 240 699

Salud para los Dominicanos en el Exterior

Y sus familiares

SeNaSa
Seguro Nacional de Salud

Nuestra ganancia es tu salud

El Presidente de la República Dominicana, Danilo Medina, ha dispuesto que todos los Dominicanos residentes en el Exterior puedan incorporarse al SeNaSa.

Embajada de la República Dominicana
ante el Reino de España

CONDEX

Consejo Nacional para las
Comunidades en el Exterior

Seguro Nacional de Salud (SeNaSa)

Gerencia de Afiliación

Formulario de afiliación de Dominicanos y Dominicanas en el Exterior, para nuevos titulares, reafiliación y cambios de titularidad, Recien nacidos, Dependientes, registro de Personas con discapacidad, fallecimientos.

Datos del Titular

Nombre(s) y Apellido(s): _____ Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M ☐ F ☐ NSS: _____ Teléfono: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Ocupación del/la Titular o Jefe/a del Hogar: _____

Domicilio en España

Calle: _____ Número: _____ Bis: ____ Bloque: _____ Esc: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ Código Postal _____ Provincia: _____

Domicilio en República Dominicana (Rellenar en caso afirmativo)

Calle: _____ Número: _____ Bis: ____ Bloque: _____ Esc: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Los miembros dependientes de su núcleo familiar que se incorporan para ser beneficiados son:

Códigos de parentesco:

1. Padre	3. Esposo	5. Hijo	7. Hermano	9. Abuelo	11. Sobrino	13. Tío	15. Nieto	17. Hijastro
2. Madre	4. Esposa	6. Hija	8. Hermana	10. Abuela	12. Sobrina	14. Tía	16. Nieta	18. Hijastra

Código de parentesco:	Nombre(s) y Apellido(s):	Fecha de nacimiento:	Sexo M/F	Cédula:	Disc S/N	Estud. S/N	Datos del Acta de Nacimiento de Menores de 18 años					
							Municipio	Oficialía	Libro	Folio	Nº Acta	Año libro

Indique el tipo de discapacidad	1		2	

Tipo de Afiliación:	Normal	Re afiliación	Discapacidad	Cambio de titularidad	Recién nacidos	Personas con VIH	Núcleo extendido	Trab. Doméstica
Marque con una X:								

_____
Firma del Titular:

_____
Realizado por:

Fecha			
	Día	Mes	Año

Edición 2, Actualización 0, Código: GAFI-FORM-002/2015 Versión para Dominicanos en el Exterior