

RNC 1-01-86442-7

**PAGO DE REEMBOLSO  
VÍA TRANSFERENCIA O ENTREGA A DOMICILIO**

--	--	--	--	--	--

  
Día      Mes      Año**DATOS PERSONALES**

Nombres(s)

Apellido(s)

Número afiliado

Documento identificación

 Cédula  
 Pasaporte

Teléfono casa

Teléfono oficina

Teléfono móvil

Correo electrónico

**INFORMACIÓN DEL DOMICILIO**

Calle

Número

Edificio

Residencial / Sector

Ciudad

**INFORMACIÓN BANCARIA**

Banco o institución financiera

Tipo de cuenta

 Ahorro     Corriente

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

- La transferencia bancaria será realizada, siempre y cuando la cuenta anteriormente indicada sea en pesos dominicanos.
- Para cambio de cuenta bancaria, el afiliado titular deberá llenar nuevamente este formulario a modo de autorización.

Declaro que la información suministrada en el presente formulario es veraz y correcta, por lo que asumo total responsabilidad en caso de error u omisión y descargo a ARS Humano de toda actuación que se derive de las instrucciones aquí dadas en base a las informaciones suministradas por mí.

Firma del Afiliado

**Santo Domingo**Av. Lope de Vega 36  
Esq. Andrés Julio Aybar  
Tel. (809) 476-3570  
Fax. (809) 476-3634**Santiago**Av. 27 de Febrero 14  
Tel. (809) 583-0411  
Fax. (809) 612-4787**La Romana**Av. Padre Abreu  
Plaza Sajoma III  
Tel. (809) 813-5837  
Fax. (809) 813-3900**www.arshumano.com**