CIELO RD
SEGURO DE REPATRIACIÓN

Requisitos:

- Formulario de solicitud completo
- Fotocopia de los documentos de identidad del (la) afiliado(a):
  - Fotocopia recto-verso de la cédula de identidad y electoral
  - Fotocopia de la página de datos personales del pasaporte
- Fotocopia de los documentos de identidad de la persona a cargo:
  - Fotocopia recto-verso de la cédula de identidad y electoral o CNI
  - Fotocopia de la página de datos personales del pasaporte

Costo:

	Costo en €
Inscripción y renovación hasta los 70 años de edad (por persona por año)	€50
Renovaciones a partir de los 71 años (por persona por año)	€95

*Puede suscribir una póliza por hasta 3 años consecutivos

Métodos de Pago:

Solicitud enviada por correo postal:
- Transferencia bancaria

Solicitud presencial (cita obligatoria: consuladodominicanoparis.com):
- Efectivo (favor disponer del monto exacto correspondiente)
- Transferencia bancaria

En línea:
- Tarjeta de crédito / débito ingresando a cielord.com

Datos Bancarios:

Banco	Société Générale
BIC	SOGEFRPP
IBAN	FR76 3000 3016 7800 0500 8280 913

NOTA:

El solicitante es responsable de suministrar todos los documentos enlistados anteriormente.
Los expedientes incompletos o incorrectos no pueden ser trabajados.

Las fotos de documentos tomadas con su celular y luego impresas no son admisibles.

No aceptamos solicitudes por correo electrónico.

Consulado General de la República Dominicana
en París, Francia

CIELORD

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN

I. DATOS DEL AFILIADO

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombres			
Sexo	[ ] Masculino [ ] Femenino		
Estado Civil	[ ] Casado [ ] Viudo [ ] Soltero [ ] Divorciado [ ] Unión Libre		
No. de cédula		No. de pasaporte	
Fecha de Nacimiento	Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
UBICACIÓN ACTUAL			
País		Región	
Ciudad / Localidad		Código Postal	
Dirección completa			
Teléfono celular		Teléfono fijo	
Correo electrónico			

¿Declara usted que goza de buen estado de salud al suscribir esta póliza?	[ ] Sí [ ] No
En caso de fallecimiento, usted desea (elija una única opción):	
Ser repatriado a República Dominicana sólo hasta el aeropuerto internacional seleccionado	
Ser repatriado a República Dominicana con servicio funerario y traslado al cementerio	
Ser sepultado en su país de residencia	

II. DATOS DE LA PERSONA A CARGO

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombres			
Sexo	[ ] Masculino [ ] Femenino		
Estado Civil	[ ] Casado [ ] Viudo [ ] Soltero [ ] Divorciado [ ] Unión Libre		
No. de identidad		No. de pasaporte	
Fecha de Nacimiento	Día: _____ Mes: _____ Año: _____		
UBICACIÓN ACTUAL			
País		Región	
Ciudad / Localidad		Código Postal	
Dirección completa			
Teléfono celular		Teléfono fijo	
Correo electrónico			