



Solicitud de Ingreso a la Mutual

USO INTERNO / NO COMPLETAR

Socio N° _____

FORM-S-202012-Ed

Categoría _____ Seccional _____

Fecha de Ingreso _____ Fecha de Egreso _____ Motivo _____

Fecha de Rehabilitación _____

Lugar de Pago _____

Datos Personales

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono Particular _____ Nacionalidad _____

Tipo y N° Documento _____ CUIL _____

Fecha Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Correo Electrónico Personal _____

Grupo Familiar

Vínculo	Apellido y Nombre	F. Nacimiento	Documento

Deseo ser incluido en el Reintegro por Sepelio. Cubre al Titular, cónyuge e hijos hasta 21 años de edad. Período de Carencia: Tres (3) meses.

Datos Laborales

Empresa _____

Fecha de Ingreso _____ Sueldo _____

Datos Generales

N° Af. Sindicato _____ N° Af. OSSEG _____

Por medio de la presente, presto mi entera conformidad a fin de que sean enviados a la Empresa donde trabajo en relación de dependencia, los cargos correspondientes a mi cuota social, préstamo personal, crédito y/o acuerdo comercial, para que los mismos sean descontados de mis haberes, comprometiéndome a comunicar a esa Mutual en forma fehaciente e inmediata cualquier cambio de Empresa o renuncia a la actividad que pudiera efectuar. En caso de renuncia, despido, licencia de cualquier tipo, cesión, jubilación o fallecimiento, también autorizo a que se me descuenta la suma total adeudada a esa Mutual. Asimismo, dejo constancia que por cualquier causa que no sea efectuado el descuento por el empleador, efectuaré los pagos puntualmente y en forma directa a esa Mutual.

Lugar y Fecha

Firma del Socio

Adjuntar fotocopia de recibo de sueldo y fotocopia de documento de identidad

Certificación del Empleador

Razón Social Empleador: [REDACTED]

Certifico que: [REDACTED]

- es empleada/o desde el [REDACTED] ,
- que todos los datos precedentes son correctos,
- que percibe una remuneración neta mensual de \$ [REDACTED] (pesos [REDACTED]).

Esta Empresa se compromete a retener al empleado las cuotas sociales y los importes oportunamente informados en los cargos mensuales emitidos por esa Mutual. Asimismo, y ante situaciones de renuncia, despido, licencia de cualquier tipo, cesión, jubilación o fallecimiento, esta Empresa también deberá retener el importe total de lo adeudado, el cual se detalla mensualmente en la columna 'Saldo Deuda'.

Posteriormente, deberá realizar la cancelación en la caja de esa Mutual, en efectivo y/o con cheque a la orden de ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES DE SEGUROS, o en su defecto, por transferencia bancaria, hasta la fecha de vencimiento especificada en cada cargo.

Las bajas, ya sean por renuncia, despido, licencia de cualquier tipo, cesión, jubilación o fallecimiento, de los empleados que pertenezcan a esa Mutual deben ser informadas dentro de los 5 días hábiles de producida la novedad a través de los medios estipulados. Las mismas no son retroactivas. La fecha de baja que se toma para los registros es la de recepción de la notificación, por lo cual, esta Empresa no podrá deducir la cuota social y/o de cargos (si tuviera), de la planilla a abonar, ya que una vez emitida, todos los importes allí informados son exigibles de pago.

La certificación de la presente solicitud implica dar por conocidas y aceptadas las Disposiciones Vigentes y un compromiso asumido por esta Empresa para descontar mensualmente de los haberes del socio el importe total detallado en la planilla de cargos del mes.

Las Disposiciones Vigentes pueden consultarse en www.amtras.org.ar.

Firma del Responsable

Sello

Aclaración: [REDACTED]

Cargo del Firmante: [REDACTED]