



ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES DE SEGUROS

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL PAGO DE CARGOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Empresa

Razón Social:

Número de CUIT:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Personas designadas como responsables del tema

Nombre y Apellido:

Cuenta de correo electrónico:

Teléfono:

Nombre y Apellido:

Cuenta de correo electrónico:

Teléfono:

Nombre y Apellido:

Cuenta de correo electrónico:

Teléfono:

* Se deben informar al menos dos (2) personas

Especificaciones

- o La transferencia y/o pago electrónico debe ser por el **monto total** oportunamente informado en la planilla de cargos que deseen abonar, **sin descuentos ni deducciones de ningún tipo**.
- o Una vez realizada la operación, deberán remitir a la cuenta de correo de la Mutual (amtras@ssra.org.ar) la información requerida en las Condiciones y Metodología de Uso para el pago de cargos por transferencia bancaria, detalladas en las Disposiciones Vigentes de esta Mutual.
- o En el caso de considerar que existe algún inconveniente en el contenido de la planilla, deberán transferir el **monto total detallado en el cargo en cuestión y adjuntar el reclamo correspondiente** para su posterior análisis y toma de decisión.
- o Luego de recibir el correo antes mencionado, y con posterioridad a analizarlo y corroborar su correcta acreditación, esta Mutual procederá a confeccionar el recibo correspondiente y a imputar el pago al cargo en cuestión. En caso de existir una diferencia entre el monto informado en la planilla de cargos y el pago efectuado, esta Mutual no realizará imputación alguna hasta tanto la Empresa regularice dicha situación.

Consentimiento

Por el presente, damos nuestro consentimiento expreso y nos comprometemos a proceder de la manera detallada y estipulada en las Condiciones y Metodología de Uso para el pago de cargos por transferencia bancaria, detalladas en las Disposiciones Vigentes de esta Mutual.

Lugar y Fecha

Sello Empresa

Firma y Aclaración