



**Solicitud de Ingreso a la Mutual  
EMPLEADOS EN RELACION DE DEPENDENCIA**

**USO INTERNO / NO COMPLETAR**

SOCIO N°:

FORM-SOCIOS-EMPLEADOS-2026-01

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Ayuda Económica (Período de Carencia: 3 meses.)

Deseo que me incluyan a mí y a mi grupo familiar primario arriba informado.

**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 la 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 descuente la suma total adeudada a la 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 la Mutual.

Lugar y Fecha

Firma del Socio

**Adjuntar copia de recibo de sueldo y copia de DNI (anverso y reverso)**

## Certificación del Empleador

Razón Social Empleador:

Certifico que:

es empleada/o desde el

que percibe una remuneración neta mensual de \$

( pesos

)

y que todos los datos precedentes son correctos.

Esta Empresa se compromete a retener al empleado las cuotas sociales y los importes oportunamente informados en los cargos mensuales emitidos por la 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, y hasta la fecha de vencimiento especificada en cada cargo, la Empresa deberá realizar la cancelación en la caja de la Mutual, en efectivo y/o con cheque a la orden de ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES DE SEGUROS, o en su defecto, por transferencia bancaria previa solicitud de adhesión.

Las bajas, ya sean por renuncia, despido, licencia de cualquier tipo, cesión, jubilación o fallecimiento, de los empleados que pertenezcan a la Mutual deben ser informadas dentro de los 5 días hábiles de producida la novedad a través del único medio establecido. 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* de la Mutual, 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](http://www.amtras.org.ar)**.

Firma del Responsable

Sello