



Solicitud de Ingreso a la Mutual JUBILADOS

USO INTERNO / NO COMPLETAR

SOCIO N°:

FORM-SOCIOS-JUBILADOS-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

Datos Previsionales

Beneficio Haber

Datos Generales

N° Af. Sindicato N° Af. OSSEG

Dejo constancia que efectuaré los pagos de cuota social puntualmente y en forma directa a la Mutual. Los pagos deberé realizarlos en las oficinas de la Mutual o por medio de transferencia bancaria. En este último caso deberé notificar el pago a través de un correo electrónico a la cuenta amtras@ssra.org.ar detallando mis datos personales, las cuotas abonadas y adjuntando el comprobante de transferencia.

Lugar y Fecha

Firma del Socio

Adjuntar copia de recibo de haberes y copia de DNI (anverso y reverso)

NOTA: La ayuda por sepelio y la ayuda por óptica tienen una carencia de tres (3) meses a partir del alta o rehabilitación del socio jubilado. Ambos beneficios serán sólo para el socio titular.