



Solicitud de Ingreso a la Mutual JUBILADOS

USO INTERNO / NO COMPLETAR

SOCIO N°: [REDACTED]

FORM-SOCIOS-JUBILADOS-2026-01

Datos Personales

Apellido [REDACTED] Nombre [REDACTED]
Domicilio [REDACTED]
C.P. [REDACTED] Localidad [REDACTED] Provincia [REDACTED]
Teléfono Particular [REDACTED] Nacionalidad [REDACTED]
Tipo y N° Documento [REDACTED] CUIL [REDACTED]
Fecha Nacimiento [REDACTED] Sexo [REDACTED] Estado Civil [REDACTED]
Correo Electrónico Personal [REDACTED]

Datos Previsionales

Beneficio [REDACTED] Haber [REDACTED]

Datos Generales

N° Af. Sindicato [REDACTED] N° Af. OSSEG [REDACTED]

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.

[REDACTED]

[REDACTED]

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.