AMTRAS
ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES DE SEGUROS

Solicitud de Ingreso a la Mutual
EMPLEADOS EN RELACION DE DEPENDENCIA

USO INTERNO / NO COMPLETAR

SOCIO N°:

SOLICITUD-SOCIOS-EMPLEADOS-2026-10

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

☐ 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 *(12345678/12-12)*

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**.

Firma del Responsable Sello

Aclaración:

Cargo del Firmante: