

Tengo el agrado de dirigirme al consejo Directivo con el fin de solicitarle tenga bien aceptarme como Asociado a esa Entidad, poniendo a su disposición mis datos personales y los correspondientes a los de mis familiares a cargo que por mi intermedio pudieran corresponderles los beneficios y obligaciones contraídos con la Mutual, en calidad de Asociados Participantes, en un todo de acuerdo con los Estatutos y Reglamentos de la misma, que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Autorizo expresamente a AMPSE a descontar de mis haberes la cuota mutual y/o cualquier otra suma que adeude a dicha institución y/o servicio que haya brindado a mi favor o a favor de mis familiares a cargo. La presente asume el carácter de DECLARACIÓN JURADA, responsabilizándome por la exactitud de los datos consignados. Asimismo, me comprometo a comunicarles por escrito cualquier modificación de los datos consignados dentro de las 72 horas de producida.

CATEGORÍA DEL ASOCIADO

 Activo Adherente

DATOS PERSONALES

Apellido

Nombres

Tipo y N.º Doc

Fecha de Nacimiento

Nacionalidad

Teléfono

Celular

Dirección de e-mail

DOMICILIO

Calle

Número

Piso/Depto.

C.P.

Barrio

Localidad

Provincia

DATOS LABORALES – SOCIOS ACTIVOS

A EN ACTIVIDAD EN E.P.E.C.

Denominación del Cargo

Categoría

N.º Reparto

Teléfono / Interno

N.º Sobre / Legajo

B JUBILADOS DE LA E.P.E.C.

N.º Beneficiario

Ley Jubilatoria

Fecha

Número de solicitud

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Apellido

Nombres

Número de documento de identidad

Domicilio

Tengo el agrado de dirigirme al Consejo Directivo con el fin de solicitarle tenga a bien conceder a el/los beneficiario/s que designo a través de la presente, el subsidio por fallecimiento previsto en los artículos 12°, 13°, 14°, 15°, y 16° del Reglamento de Subsidios por Casamiento, Nacimiento, Adopción o Fallecimiento.

Asimismo, y en caso de corresponder, designo el/los mismo/s beneficiario/s a los fines de que se le/s conceda/n las compensaciones previstas en los artículos 5°, 6° y 7° del Reglamento de Servicio Funerario, como así también los derechos y obligaciones previstos en el Art. 12° del mismo reglamento.

Declaro conocer y aceptar ambos reglamentos en todos sus términos.

DATOS DE BENEFICIARIOS

Apellido y nombres	Doc. de Identidad	Domicilio	% Beneficio
<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"/>

RESERVADO para certificación de firma (*)

Firma del Asociado

Aclaración de la Firma

Tipo y N.º de Documento

(*) La certificación deberá ser efectuada por autoridad escolar, policial, de la Mutual o escribano público.

RESERVADO PARA USO DE LA ENTIDAD

Fecha ingreso del asociado

Última cuota social pagada

Verificó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Autorizó <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>