

Reservado para Ameport

Número de Solicitud : _____

Fecha de solicitud : ____ / ____ / ____

Al Señor Presidente del Consejo Directivo:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle ingresar a la Asociación en carácter de asociado, comprometiéndome a cumplir el Estatuto Social, los Reglamentos que declaro conocer, aceptar, al igual que las resoluciones que dicten las Asambleas y el Consejo Directivo.

DATOS PERSONALES

DNI - LE- LC N° : _____

Apellidos y Nombres : _____

SI ES MUJER, COMPLETE SU APELLIDO DE SOLTERA SOLAMENTE

Sexo : M ☐ F ☐ Fecha de nac. : ____ / ____ / ____ Edad : ____ Estado Civil : _____ Nacionalidad : _____

Domicilio : _____ N° : _____ Piso/Depto : _____

MZA. : _____ C.P. : _____ Propio ☐ Alquilado ☐ Familiar ☐ Vive con los padres ☐ Otros ☐

Localidad : _____ Provincia : _____

Tel. Particular : _____ Celular : _____
PREFIJO NÚMERO PREFIJO NÚMERO

Tel. Familiar/Amigo : _____
PREFIJO NÚMERO

E-mail Personal : _____

CUIL : _____ Horario de Contacto : _____

DATOS LABORALES (Sólo trabajadores activos)

Lugar de Empleo : _____

Delegación : _____ Sector - Oficina : _____

Cargo - Función : _____ Legajo : _____

Domicilio : _____ N° : _____ Piso/Depto : _____

Localidad : _____ Provincia : _____ C.P. : _____

Tel. Laboral : _____ E-mail laboral : _____
PREFIJO NÚMERO INTERNO

Fecha de Ingreso : ____ / ____ / ____ Remuneración Bruta : _____

DATOS BANCARIOS

Tipo de cuenta : Caja de ahorro ☐ Cta. Cte ☐ Banco : _____

CBU :

GRUPO FAMILIAR

Parentesco	DNI	Apellidos y Nombres	Sexo	Fecha de Nac.			Estado Civil

RESERVADO PARA JUBILADOS (Datos Previsionales)

Jubilado ☐ Pensionado ☐

N° de Beneficiario : _____ CUIL : _____ Sueldo Bruto : _____

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Artículo 1° del Reglamento de Subsidios por fallecimiento ampara a los socios con más de 4 (cuatro) años de antigüedad en **Ameport** y que al momento de ingresar no hubiera cumplido 60 (sesenta) años y revista en calidad de activo en el organismo que presta servicios.

Al señor Presidente del Consejo Directivo:

Ameport - declaro que, en caso de producirse mi fallecimiento, lego el subsidio que me acuerda el Artículo 8°, a la/s persona/as o entidad/es cuyos datos detallo a continuación.

DATOS DEL BENEFICIARIO (Único requisito ser mayor de 21 años)

Apellidos : _____
SI ES MUJER, COMPLETE SU APELLIDO DE SOLTERA SOLAMENTE

Nombres: _____ DNI N° : _____

Parentesco : _____

¿QUIÉN LE RECOMENDÓ LA MUTUAL?

Apellidos : _____
SI ES MUJER, COMPLETE SU APELLIDO DE SOLTERA SOLAMENTE

Nombres: _____ SOCIO N° : _____
RESERVADO PARA AMEPORT

- Declaro bajo juramento que los datos consignados son fiel reflejo de la realidad, y que fueron volcados sin omitir ni falsear información alguna, teniendo conocimiento que el falseamiento de los mismos me hace posible a la expulsión de la Mutual **Ameport**, y el reclamo de todas mis obligaciones. Asumiendo la obligación de mantener los mismos actualizados, en especial todo cambio de domicilio, el que deberá ser comunicado dentro de los 30 días de producido.

- Conformidad de descuento: Presto conformidad para que se descuenta de mi remuneración / orden de pago previsional la cuota mensual vigente y los importes de los servicios que tome la Mutual **Ameport**.

- Declaro tener conocimiento de los estatutos y reglamentos vigentes.

Firma del Solicitante

Reservado para **Ameport**

Acta N° _____ Fecha : ____ / ____ / ____ Aceptado ☐ Rechazado ☐

Carné emitido el : ____ / ____ / ____

SECRETARIO
Consejo Directivo

PRESIDENTE
Consejo Directivo