

DECLARACION JURADA

AFILIADO N°

SOCIO

FECHA:/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE (completos):

N° DNI: CUIL N°:

Nacionalidad: Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Localidad: C.P.: Teléfono:

EMPRESA DONDE TRABAJA:

Domicilio: Localidad:

Teléfono: Fecha de ingreso:

SOCIOS PARTICIPANTES con derecho a los beneficios de la Asociación Mutua

1° Cónyuge

2° Hijos solteros hasta los 21 años

3° Hijos discapacitados sin límite de edad

Apellido y Nombre	Parentesco	Fecha Nac.	Tipo Doc	N° Documento

Declaro bajo juramento que mis familiares a cargo que figuran como (PARTICIPANTES) tienen derecho a los beneficios que brinda la Asociación Mutua.

Me comprometo a informar de inmediato cualquier cambio que sucediera en la situación de los familiares declarados.

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

a) Si fuere de un PARTICIPANTE, será abonado al TITULAR

b) Fallecimiento del TITULAR "AUTORIZACION"

Autorizo al Sr./Sra.: N° de Documento:

al cobro del subsidio por fallecimiento que me corresponde.

Los beneficios comenzarán a regir a partir de los 90 días de la fecha de afiliación y la cuota social debe estar al día. Todo asociado que tuviese mas de 2 (dos) cuotas atrasadas será dado de baja.

.....
Firma

.....
Aclaración