

SOLICITUD DE INGRESO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires,/...../.....

Sres. del Consejo Directivo:

Solicito mi inscripción como socio/a de la MUTUAL PRIMER ESTADO ARGENTINO DE JUBILADOS, AFILIADOS Y PENSIONADOS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Apellido/s Nombre/s
 Domicilio Particular: Calle N° Piso Dpto. C.P.
 Localidad Provincia
 Teléfono Particular Celular e-mail
 Fecha de Nacimiento/...../..... Lugar de nacimiento
 CUIL CUIT N° Sexo: Femenino Masculino
 Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Nacionalidad
 Domicilio Alternativo: Calle N° Piso Dpto. C.P.
 Localidad Provincia
 Teléfono Alternativo

DATOS LABORALES: Trabaja: Sí No Profesión, oficio, industria o actividad principal que realice
 En relación de dependencia Autónomo Volumen de ingresos / facturación anual
 Razón Social CUIT e-mail
 Domicilio: Calle N° Piso Dpto. C.P.
 Localidad Provincia Teléfono
 Presta servicio en: Calle N° Piso Dpto. C.P.
 Localidad Provincia
 Teléfono Interno Sector

Conocí Nuevos Aires por: Recomendación Folletería Web Publicidad Convenio Otro:
 He estado asociado/a anteriormente a la Institución: Sí No
 Soy jubilado, afiliado o pensionado del Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires: Sí No
 Acepto descuento mensual de mis recibos de haberes y/o facturas: Sí No
 Soy sujeto obligado en los términos del Art. 20 de la Ley 25.246: Sí No

Dejo constancia en este mismo acto que he recibido y leído el Estatuto de LA MUTUAL y los Reglamentos de los Servicios promovidos por LA MUTUAL. Manifiesto mi conformidad con lo establecido en la documentación referida.

Me comprometo a abonar a LA MUTUAL del 1 al 10 de cada mes, en la forma y lugar que ésta me indique, el importe de la cuota social y el resultante de toda otra obligación que contraiga con la entidad, teniendo en cuenta que con la falta de pago de tres cuotas sociales, previa interpelación se me considerará en mora, y consecuentemente, será excluido del sistema, perdiendo todos los derechos obtenidos por la afiliación a LA MUTUAL.

Conozco y acepto que LA MUTUAL no se responsabiliza por el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las empresas, instituciones o cualquier otro tercero a través de los cuales ella otorga los diferentes beneficios mutualistas.

En carácter de declaración jurada manifiesto que los datos brindados en la presente solicitud son exactos y verdaderos y me comprometo a notificar en forma fehaciente al Consejo Directivo, en un plazo no mayor a 20 días, toda modificación de los mismos. Presto absoluta conformidad y autorizo expresamente a LA MUTUAL a consultar, utilizar, suministrar o transferir la información contenida en este formulario y a enviarme información a mi teléfono/celular/e-mail.

.....
 Firma

.....
 Aclaración

.....
 Tipo y N° de Documento

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

El/la (1) que suscribe, _____ (2) declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO (1) se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____. Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

Documento: Tipo (3) _____ N° _____ País y Autoridad de Emisión: _____

Carácter invocado (4): _____ CUIT/CUIL/CDI (1) N°: _____

Lugar y fecha: _____

Firma: _____

Certifico/Certificamos que la firma que antecede concuerda con la registrada en nuestros libros/fue puesta en mi/nuestra presencia (1).

.....
Firma y sello del Sujeto Obligado o de los funcionarios del Sujetos Obligado autorizados

Observaciones: _____

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Integrar con el nombre y apellido del cliente, aun cuando en su representación firme un apoderado. (3) Indicar DNI, LE o LC para argentinos nativos. Para extranjeros: DNI extranjeros, Carné internacional, Pasaporte, Certificado provisorio, Documento de identidad del respectivo país, según corresponda. (4) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder otorgado debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha en que se suscriba la presente declaración.

Nota: Esta declaración deberá ser integrada por duplicado, el que intervenido por el sujeto obligado servirá como constancia de recepción de la presente declaración para el cliente. Esta declaración podrá ser integrada en los legajos o cualquier otro formulario que utilicen habitualmente los Sujetos Obligados para vincularse con sus clientes.

Para uso Interno:

Productor N° de asociado N° de asociado para cobro

Categoría de asociado: Activo Adherente Participante Honorario

Verificación en listados de terroristas y/u organizaciones terroristas Res. UIF: No incluido Incluido

Recibió: Fecha:/...../.....

Procesó: Fecha:/...../.....