

MUTUAL SALUD

AFILIACIÓN

Solo quienes tengan Opción Activa por OSMATA

- * Todos los PMO de Opción

Firmen

OPCIÓN SEGURO DE VIDA



ASOCIACION MUTUAL MECANICA

OBROS, EMPLEADOS, TECNICOS Y PROFESIONALES AFILIADOS AL SINDICATO
DE MECANICOS Y AFINES DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR
S.M.A.T.A.

INAES MATRICULA 640 - S. S. SALUD R.N.M.P. 3-1751-5



Tel. y Fax 4340-7400 Int. 1759 / 1760 / 1761 - Tel. Directo 4340-7479

Mail: mutualmecanica@smata.com.ar

ADHESION AL SEGURO DE VIDA

ALLIANZ – POLIZA 14017/517263

Apellido y Nombre		
D.N.I		
Afiliado (marcar con x)	Adherente	Activo
Acepta póliza (marcar con x)	Sí	No

En caso de aceptar la **POLIZA 14017/517263**, se deja constancia que se acompañará, a los fines de una efectiva adhesión, la siguiente documentación:

- Formulario de “**Designación de beneficiario**” de Allianz, completado por el afiliado que solicita adherirse a la póliza.

Firma: _____

Planilla Beneficiarios



DESIGNACION DE BENEFICIARIOS – FORMULARIO - VIDA

INFORMACIÓN PARA EL TITULAR

Contratante: Sindicato de mecanicos y afines del transporte automotor de la R.A. (S.M.A.T.A.)

Vigencia: 01 de Junio de 2014

Número de Póliza: N° 14017/517282

Apellido y Nombres completos:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P:

Teléfono:

Tipo y Nro de Documento:

Ocupación:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

BENEFICIARIOS

Apellido y nombres	T. y Nro de Doc.	Vínculo	Fecha Nacimiento	Participación (%)

INFORMACION DE CONYUGE

Apellido y Nombres completos:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P:

Teléfono:

Tipo y Nro de Documento:

Ocupación:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

BENEFICIARIOS

Apellido y nombres	T. y Nro de Doc.	Vínculo	Fecha Nacimiento	Participación (%)

El Art. 5 de la Ley de Seguros N. 17.418 establece que toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Lugar y fecha: _____

Firma del Solicitante / Afiliado Titular

Sello y Firma del contratante

Aclaración de Firma

Obreros, empleados, Técnicos y Profesionales Afiliados al Sindicato de Mecánicos y Afines del Transporte Automotor S.M.A.T.A.

S.S. SALUD R.N.M.P. 30-1751-5

Av. Directorio 4709 - CABA - Tel.: 4635-4234 0810-222-0356



Cod.	Tipo Doc.	Nro. de Documento	Nº Interno	TA	Cod. Secc.	Cod Empresa.

Apellido	Nombres	Sexo

Cod.	Nacionalidad	Cod.	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Ing. SMATA

Domicilio Particular - Calle	Número	Piso	Depto.	Cod. Postal

Teléfono Particular	Celular	Correo Electrónico

Cod.			Localidad	Cod.			Partido	Cod.			Provincia	C. Asist.		

Empresa donde trabaja	Sección	Legajo	Adhe.	Domicilio Empresa

Cod.	Localidad	Cod.	Provincia	Tipo	Tipo de Empresa	Fecha Ing. Empresa

Cod.	Aporte Sindical			Aporte Obra Social			N° CUIT Empresa	T.E. Empresa
	Aporta	No Aporta		Normal	Redu	No aporta		

Cod.	Familia	Apellido	Nombre	Cod.	Tipo Doc.	Nº de Documento (CUIL)	Est.	Imp.	Nacimiento	
									Mes	Año

[illegible]

Acepto transferencia de datos contemplados en el Padrón de OSMATA adhiriendo al plan parcial de salud.x

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TITULAR

Contrato

- * Firma de 2 Ejemplares
- * Adjunto Plan y Grupo Familiar
- * Copia Recibo de Sueldo P/Pago (Idem sistema Cambio, Plan)
- * Igual cálculo de cambio de Plan
- * Forma de PAGO
- * Por boleta en RAPIPAGO
- * Por pago transferencia a cuenta