MUTUAL SALUD AFILIACIÓN

Solo quienes tengan Opción Activa por OSMATA

* Todos los PMO de Opción

Ficha Afiliación Mutual como Socio Adherente



ASOCIACIÓN MUTUAL MECÁNICA



del Transporte Automotor S.M.A.T.A. Av. Belgrano 665 2° Piso (1092) CAP. FED. - Tel.: 4340/7400 Int.: 1251/1253/1254

FICHA DE INGRESO

A - DATOS	DEL TITUL	.AR													
NUMERO I	MUTUAL.	TIPO AFIL	IADO	CTA	NDICAL SMAT	A.		COBRADOR							
	APELLIDO			NOMBE	RES			PA	GA EN	1	TE				
NACIONAL	IDAD	ESTADO CIVIL	FECH	A NACIMIE	NTO	1	LUGAR NACI	И.	\neg F	(C.U.I.L.				
LUGAR DE	PAGO	DOMICILIO	PARTICULA	R CALLE	\exists	F	NÚMERO		PISO	$\overline{\exists F}$	DEPARTAM.				
COD. POST.	LO	CALIDAD	PA	RTIDO		Ī	PROVIN	CIA	F	TELEFONO					
	N° CELULA	R			(COE	RREO ELECTI	RÓNIG	00						
B - DATOS	DE LOS F	AMILIARES A	CARGO												
FAMILIAR C.	F. A	PELLIDO	NOMBR	ES	TD	N	NUMERO DOCUI	MENTO	D Est.	imp.	F. NAC				
C - DATOS	DE LA EM	PRESA A DON	IDE SE DES	SEMDEÑ		DE	EL TRABAJA	-DO							
	RESA DONDE 1		1	EMPRESA		_	ECHA INGRESO	1	ECCION	CHAP	COD. POST				
DOMI	CILIO DE LA E	MPRESA	Loc	ALIDAD	╡	F	PROVINCIA	ÏF	TELEF	000	LEGAJO				
sepelio. Los h	nijos mayor	a los jubilados res de 21 años	se darán de	baja auto	omáti	ica	n DIRECTIVA	arár	rrespor	socios	adherentes.				

OPCIÓN SEGURO DE VIDA



ASOCIACION MUTUAL MECANICA

OBREROS, 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:			
i iiiiia.	7		

Planilla Beneficiarios



someorance, ommerato de li		ACIÓN PARA EL TIT	or de la R.A. (S.M.A.T.								
Vigencia: 01 de Junio de 20	the party of the second	Número d		Manager							
Apellido y Nombres completos		Humero o		11696							
Domicilio:	20.		Localidad:								
Provincia:		C.P:	Teléfono:								
Tipo y Nro de Documento:		1.404	Ocupación:								
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:								
Nacionalidad:			Estado Civil:								
			1.0000000000000000000000000000000000000								
		BENEFICIARIOS									
Apellido y nombres	T. y Nro de Doc.	Vinculo	Fecha Nacimiento	Participación (%)							
	-										
		1									
		RMACION DE CONYL	IOE								
to did troub	11700/70	RMACION DE CONYC	IGE								
Apellido y Nombres completo: Domicilio:	F (1)		Localidad:								
Provincia:		C.P:	Teléfono:								
Provincia: Tipo y Nro de Documento:		C.P.	Ocupación:								
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:									
Nacionalidad:		Estado Civil:									
Nacionalidad:			Estado Civil:								
		BENEFICIARIOS									
Apellido y nombres	T. y Nro de Doc.	Vinculo	Fecha Nacimiento	Participación (%)							
Apenido y nombres	1. y mro de Doc.	Vincuio	recha Hacimiento	ratticipation (70)							
			T .								
<u> </u>											
Art. 5 de la Ley de Seguros N egurado aun hechas de buer egurador hubiese sido cercior	ia fe, que a juicio de p	peritos hubiese imped	ido el contrato o modifica	nstancias conocidas por ado sus condiciones, si							
gar y fecha:											
igar y fecha: rma del Solicitante / Afili		Se	llo y Firma del contra	tante							

Ficha de Afiliación Mutual Salud Solo se firma si son los mismos datos de Osmata



MUTUAL SALUD



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 Docum										ocumento Nº Inte											=	7	DA.	Τ	-	~1	Se	cc.	=	Cod Empresa.									
T	1190				r	T	Ť	N BOOKS IN THE BOOK IN										r T	t	Ť	Ť	Ĩ		Г	H														
Apellido								÷	_	=	_	_	_	_	_	=	=	-	_	_	_	_	=	_	_	_	_	_	_	#	0-								
Apendo								t	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	om	bre	_	-	-	-	_	-	_	-	_	+	Se								
	_	_	-	_	=	_	=	=		=	_	=	÷	_	=	_	_	-	-	_	=	_	=	=	=	_	-	-	-		_	Ing. SMATA							
Cod.	\vdash	Na	CIO	nalid	iac	_	_	+	-	Ť	od.		t	Estado Civil Fecha de Na													ha de Nacimiento Ing. SMA												
Domicilio Particular - Calle									+	Nümer										ero Piso									C	Cod. Postal									
																		t						T					Г			Ť							
Teléfono Particular										Celular Correo Electrónico																													
C	od.	_	_	.008	lid	ad	=	4	-	С	od.	=	Т	_	=	=	Pa	rtid	lo	_	_	_		Co	d.	Т	=	=	P	rovir	ndi	_	_	_	C.	Asi			
Ť										Ť	Ī		t																				1	Ĭ					
Empresa donde trabaja Secci									ión	n Legajo Adhe.										Domicilio Empresa																			
					_		_	_	_	1		_		1				T		_	╝	_		_							_								
C	od.	_	Lo	ocali	da	d	_	L	С	od		Ŧ	_	Provincia Tipo										Tipo de Empresa Fecha Ing. Em												pre			
<u>_</u>	Щ							L	1	_	L	1															_	_											
Cod.	1	_	ort	e Si	_	_	_	_	_	+		_	nal	Aporte Obra Social								-1-	_	╀	Ν°	CU	IT I	Em	pre	\$ 3	╀	-	T.E. Empresa						
\perp	Aport	_	_		40	Аро	nta.	_	_	1	PV	oem	nai	1	_	K	xou	L	T,	NO i	apo	rta	L	L	_	_	_	_	_	_	L	_	_	_	_	_			
- D	ATOS	DE	LC)S	FA	MI	LI.	ĄR	E	S	A (C/	٩R	GC)																								
od.	Familia	Т	۸,	ellic	-	П	Nombre 0							od.		Tipo		_	_	_	Nº	o de Documento					_	\exists	En		Long		N	nier					
, ou.	Parisso	Ļ	^	/OHIO	_	4	_	-	211	IUI	_	4	Ľ		1	Doc	-	_	_	_	_	(CU	L)	_	Correo Electrónico 5. Provincia C. As Domícilio Empresa Tipo de Empresa Fecha Ing. Empresa Nº CUIT Empresa T.E. Empresa	Α												
														L																									
					Ī	1	Ī	Ī	Ī	Ī		1	Г				T	1				Г		Γ	T	Τ	T	1											
	t			-	+	-	_	-	-		+			t		+	+	+		H	H	t	t	†	t	+	+	+		+		_	H	Н					
	╀	_	_	_	+	_	_	_	_	_	4	H	_	╀	_	+	4	4	Н	H	H	╀	╀	+	+	+	+	\dashv	_	4	_	-	H	H	H				
		ļ		_	_	4	_		_	_		4	L		L		4	4	4		L	L	L	Ļ	1	1	1	4	4		4	L	_	Ц	Ц	L			

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