



**ASOCIACIÓN MUTUAL DEL SINDICATO DE GUINCHEROS
Y MAQUINISTAS DE GRÚAS MÓVILES**

I.N.A.E.S. Matrícula 2139
Av. Reg. De Patricios 855 – C.A.B.A. C.P. 1265
Tel.: 4301-8851/3218/1823/4156/6784

DECLARACION JURADA

AFILIADO N°

SOCIO N°

FECHA/...../.....

APELLIDO _____ NOMBRES _____

D.N.I./C.I./L.E./L.C. N° _____ C.U.I.L. _____

NACIONALIDAD _____ F. Nac. _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

CP _____ TELEFONO _____

EMPRESA EMPLEADORA _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

TEL _____ FECHA DE INGRESO _____

SOCIOS PARTICIPANTES con derecho a los beneficios de la asociación Mutual

- a) CONYUGUE. (Adjuntar fotocopia de Acta de Matrimonio).
- b) Hijos solteros hasta los 21 años. La cobertura se extenderá hasta los 25 años, mientras cursen regularmente estudios. (Adjuntar fotocopia de Partida de Nacimiento).
- c) Hijos incapacitados sin límite de edad que no reciban retribución por concepto alguno.

Apellido y Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Documento de Identidad	C.U.I.L.

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

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 "AUTORIZACIÓN"

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 más de 2 (dos) cuotas atrasadas será dado de baja.