



Solicitud N°

A – DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO NOMBRE
 FECHA DE NACIMIENTO SOCIO N°
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

B – SITUACIÓN FAMILIAR

01. CÓNYUGE O CONVIVIENTE

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

02. HIJOS

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°

APELLIDO NOMBRE
 DOCUMENTO LE LC DNI N°



C – DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD

¿Ejerce alguna actividad remunerada directa o indirectamente vinculadas con la anestesiología?
A continuación se indican algunas, a simple título enunciativo.

PRÁCTICAS ANESTÉSICAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
DOCENCIA (INCLUYE PARTICIPACIÓN COMO ORADOR, CONFERENCISTA, PANELISTA, ETC)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ASISTENCIA TÉCNICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PERITAJES PRIVADOS O JUDICIALES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MIEMBRO DE ENTIDADES PROFESIONALES ⁽¹⁾	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OTRAS ⁽²⁾	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ En caso afirmativo consignar entidad y carácter de la participación

⁽²⁾ Enunciar actividad realizada y carácter de la participación

D – SÓLO PARA CASO DE JUBILACIÓN POR CAUSAL MÉDICA

01. Indicar institución y médico firmante y fecha del certificado

02. Indicar diagnóstico (resumen)

03. Tiempo de evolución o carácter permanente o no de la causal médica

04. Para los casos en que se hubiera iniciado trámite jubilatorio por incapacidad, indicar Expediente, fecha de inicio, etc.



E – BENEFICIOS MUTUALES A LOS QUE ESTÁ ADHERIDO

F – DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO

Si se produjera el fallecimiento, las cuotas restantes serán cobradas según el orden correspondiente para los pensionarios establecidos en la ley 24.441 conforme el orden y los porcentajes allí indicado.

G – AUTORIZACIÓN

En caso de ser aprobada mi solicitud, autorizo para que la Mutual descuente de los montos que pudieran corresponderme como consecuencia del presente subsidio, toda suma en concepto de cuota social, o por el pago de algún otro beneficio que tenga específicamente contratado a través de la mutual.

H – DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que conozco los términos del Reglamento del Subsidio Permanente por Retiro de la Actividad Profesional y que me ha sido puesto a disposición una copia. Declaro que me han sido explicados y he comprendido los términos del presente formulario.

Declaro que renuncio a todo reclamo en caso de suspensión del subsidio por fuerza mayor o decisión de la Asamblea de Socios, y al monto que se determine o las modificaciones que sobre dicho se efectúen a través de la Asamblea en lo sucesivo, en los términos del reglamento.

Declaro que los datos consignados en el presente formulario son ciertos.

FIRMA

FECHA

RESERVADO PARA USO DE LA MUTUAL

01. ¿Adeuda cuota social?

(En caso afirmativo indicar períodos pendientes)

02. ¿Adeuda cuota por algún servicio?

(En caso afirmativo indicar reglamento, períodos pendientes y monto total adeudado)

03. ¿Adeuda cuota por algún servicio?

(En caso afirmativo indicar servicio, períodos pendientes y monto total adeudado)

FIRMA

FECHA

RESULTADO DE LA ASAMBLEA

01. Fecha de la Asamblea que trató el ingreso

02. ¿Autorizó el ingreso?