



# SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"

FUNDADA EN 1901

INSTITUCION MUTUALISTA

Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires

Certificado de Haberes	Tipo de servicio

## SOLICITUD DE INGRESO – CATEGORIA.....

.....de..... de.....

Sr. Presidente de la  
Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista  
S/D

Solicito mi inscripción como Asociado/a de esa Institución, conforme con las disposiciones y reglamentos que declaro conocer.

A fin de dar cumplimiento a lo que determina el Artículo 9° del Estatuto Social, acompaño la declaración de beneficiarios de los Subsidios, de las cuotas establecidas en el Anexo II 2.1.3 Reglamento del Servicio de Subsidio por Fallecimiento, o de cualquier otro beneficio que pudiera corresponderme.

Asimismo, autorizo con carácter irrevocable a la Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista para que descuente mensualmente de mis haberes o me comprometo a abonar del 1° al 10 de cada mes, en la forma y lugar que esta me indique, el importe de la cuota social y el resultante de toda otra obligación que contraiga con la entidad.

De no efectuarse tales descuentos o pagos, también autorizo a la Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista para que debite de los fondos que tuviera depositados en cuentas de Ahorro Mutuo u operaciones abiertas o efectuadas bajo mi matrícula de asociado, aún cuando las mismas registraran órdenes recíprocas, la totalidad de lo que adeudare por cuotas sociales o cualquier otro concepto.

**HA ESTADO ASOCIADO/A ANTERIORMENTE A LA INSTITUCIÓN:** SI  NO

Apellido/s y Nombre/s (completos):.....

Domicilio Particular: Calle ..... Nro.: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Código Postal: ..... Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono particular: Cód. Área (.....) N° Tel: ..... Celular: Cód. Área (.....) N° ..... Empresa:.....

Domicilio Alternativo (obligatorio): Calle: ..... Nro.: ..... Piso: ..... Dpto.:.....

Código Postal: ..... Localidad: ..... Provincia / País:..... Tel. alternativo:.....

Fecha de nacimiento:  /  /  Sexo:  MASCULINO / FEMENINO  **USO INTERNO R.S.S.F. Artículo 2.1.3:** SI  NO

Lugar de nacimiento:..... País de nacimiento: ..... País de residencia: .....

Nacionalidad: ..... Estado Civil: ..... Obra Social: : .....

DNI / LE /LC/PASAP :..... CUIT/L/CDI :.....

País de residencia Fiscal: ..... Domicilio de Residencia Extranjero: .....

Número de Identificación Fiscal (ID Fiscal): .....

Apellido y Nombres Padre: ..... Apellido y Nombres Madre: .....

E-mail: ..... E-mail: .....

<b><u>DATOS LABORALES</u></b>	
Pertenece a FFAA-FFSS: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
<b>Asociados/as pertenecientes a Fuerzas Armadas y de Seguridad:</b> Fuerza: ..... Grado: .....	
Situación de revista: <input type="text"/> ACTIVIDAD / RETIRADO <input type="text"/>	Numero de Orden único:..... Está Ud. en comisión?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Profesión / Actividad:.....	<input type="text"/> DOMICILIO DE REVISTA / DOMICILIO LABORAL <input type="text"/>
Localidad:.....	Provincia:..... Teléfono: .....

<b><u>SOLAMENTE DEBERAN COMPLETAR SOLICITANTES PENSIONISTAS</u></b>	
Causante de la pensión, Apellido/s y Nombre/s (completos):.....	
Número de asociado:.....	Fuerza:..... Grado:..... Fecha de fallecimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Pensión (\$):.....
Parentesco con el Asociado/a Fallecido:..... Comparte la Pensión con:.....	

<p><b><u>Para completar únicamente en la presentación de asociados familiares:</u></b></p> <p>Certifico que la firma y datos personales son auténticos:</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Firma del asociado presentante</p> <p>Apellido y nombre: .....</p> <p>N° de Asociado: ..... Fuerza: ..... Grado:.....</p> <p>Grado de parentesco con el Asociado que presenta: .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Saludo al Sr. Presidente con distinguida consideración</b></p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Firma del solicitante</p>
--	--

<b><u>Espacio reservado para la Certificación de Firma del solicitante por autoridad competente.</u></b>	
CERTIFICO que el Sr. ....	
D.N.I.:..... ha registrado su firma en mi presencia.	
FECHA: ..... / ..... / .....	
Firma y sello	

Fecha de alta como Asociado/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Matrícula:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento Cobranzas			Departamento / Filial			Aprobación Directorio
Ajuste	Intervino	Revisó	Intervino	Operó	Revisó	Fecha Sesión
						Resolución N°



# SOCIEDAD MILITAR "SEGURO DE VIDA"

FUNDADA EN 1901

INSTITUCION MUTUALISTA

Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires

CONFIDENCIAL

## DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que mi actual ocupación y nivel de ingreso son los que se detallan a continuación:

### OCUPACION

A) TIPO DE ACTIVIDAD (marcar con x la opción seleccionada)

- En relación de dependencia  Jubilado/Pensionado/Retirado
- Autónomo  Monotributista  Desocupado

B) RUBRO (marcar con x los rubros que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Administración Pública	<input type="checkbox"/>	Pesca	<input type="checkbox"/>	Casinos-Juegos de Azar
<input type="checkbox"/>	Banca Privada-ART-Financ.-Seguros	<input type="checkbox"/>	Serv. Públicos	<input type="checkbox"/>	Ganadería
<input type="checkbox"/>	Comunicaciones.-Correos	<input type="checkbox"/>	Transporte Aéreo	<input type="checkbox"/>	Militar-Policía-Seguridad
<input type="checkbox"/>	Espectáculos.-Deportes	<input type="checkbox"/>	Agricultura	<input type="checkbox"/>	Prensa-Radio-TV
<input type="checkbox"/>	Ing.-Mecánica-Automotores	<input type="checkbox"/>	Restaurantes-Estacionamiento	<input type="checkbox"/>	Servicio Doméstico
<input type="checkbox"/>	Papel-Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	Prestamistas	<input type="checkbox"/>	Transporte Terrestre
<input type="checkbox"/>	Sanidad-Serv. Públicos	<input type="checkbox"/>	Compra/Venta Autos-Embarc.	<input type="checkbox"/>	Alimentación
<input type="checkbox"/>	Textil	<input type="checkbox"/>	Metalúrgica-Siderúrgica	<input type="checkbox"/>	Comercio Minorista
<input type="checkbox"/>	Agencia de Viajes	<input type="checkbox"/>	Petróleo	<input type="checkbox"/>	Enseñanza Privada
<input type="checkbox"/>	Banca Pública-ART-Financ.-Seguros	<input type="checkbox"/>	Serv. A empresas	<input type="checkbox"/>	Inform.-Servicios
<input type="checkbox"/>	Construcciones	<input type="checkbox"/>	Transporte Naval	<input type="checkbox"/>	Muebles
<input type="checkbox"/>	Explotación. -Serv. Agropecuarios	<input type="checkbox"/>	Subastadores o Rematadores	<input type="checkbox"/>	Productos químicos
<input type="checkbox"/>	Instituciones Financieras no Bancarias	<input type="checkbox"/>	Comercio Mayorista	<input type="checkbox"/>	Serv. Personal
<input type="checkbox"/>	Otro:				

C) NIVEL DE INGRESOS (completar en números lo que declare el asociado)

### SERVICIOS A UTILIZAR

<input type="checkbox"/>	Adm. Cuentas Ahorro Mutual
<input type="checkbox"/>	Ayudas Económicas
<input type="checkbox"/>	Adm. Títulos y Valores
<input type="checkbox"/>	Adm. Tarjetas de Crédito
<input type="checkbox"/>	Cajas de Seguridad
<input type="checkbox"/>	Turismo
<input type="checkbox"/>	Adm. De Haberes

(marcar con x la opción seleccionada)

"En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de Encubrimiento y Lavado de Activos de Origen Delictivo (Ley 25.246), declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a notificar fehacientemente a Sociedad Militar Seguro de Vida todo cambio que se produzca en relación a lo aquí informado dentro del plazo de treinta (30) días de ocurrido. Asimismo, me obligo en lo sucesivo a presentar a Sociedad Militar Seguro de Vida, en los términos y plazos que ésta disponga, toda información y documentación respaldatoria o ampliatoria que me sea requerida, conforme la normativa vigente, en relación a las operaciones efectuadas.

Por último, declaro bajo juramento que los fondos correspondientes a las operaciones que en lo sucesivo realice con Sociedad Militar Seguro de Vida son provenientes de ..... (describir actividad generadora de los fondos) y estarán destinados a actividades lícitas, comprometiéndome a informar a Sociedad Militar Seguro de Vida, ante cada operación, toda modificación en la actividad que los origina".

**LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES:** Tomo conocimiento que los datos colectados en esta solicitud de ingreso se reúnen para la correcta y completa identificación de los asociados que se incorporen, son de propiedad de la Mutual y están destinados exclusivamente para su uso por la misma y sus sociedades vinculadas accionariamente; los datos requeridos son obligatorios e indispensables para la evaluación de la solicitud de ingreso, pudiendo el asociado en todo momento requerir el acceso, rectificación y/o supresión de los mismos. Las solicitudes de ingreso rechazadas y sus datos son destruidos dentro de los treinta (30) días del rechazo.-

.....  
Firma S.M.S.V

.....  
Firma del solicitante