



Solicitud N°:.....
Fecha:...../...../.....

CONVIVIENTES **SOLICITUD DE INGRESO**

Señor Presidente de la
Asociación Mutualista de Empleados del
Banco de la Provincia de Buenos Aires

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle el ingreso, en calidad de afiliado/a Conviviente, de mi pareja, cuyos datos personales detallo a continuación:

Apellido y Nombres:..... Nacionalidad:.....
CUIL/CUIT N°: Fecha de Nacimiento:...../...../..... Estado civil:.....
Domicilio:..... Localidad:..... C.P.:.....
Teléfono:..... E-mail:.....

Al respecto, declaro bajo juramento conocer el plazo mínimo de convivencia establecido por las normativas vigentes para el ingreso y que el/la postulante **no posee ningún tipo de cobertura médica**. Acredito a tal efecto, información sumaria emanada por la autoridad competente y copia del D.N.I. donde consta la certificación domiciliaria.

Declaro conocer que la conformidad de admisión estará sujeta a la declaración y/o examen a efectuarse por nuestros servicios médicos.

Asimismo, declaro conocer que, en caso de ruptura de la convivencia, me comprometo a informar a la Asociación Mutualista, tal novedad en un plazo de noventa días para que se proceda a su baja afiliatoria correspondiente. De igual forma me comprometo a informar si el postulante obtuviera, por la razón que fuere, algún tipo de cobertura médica, a los efectos de proceder igualmente a su baja.

El incumplimiento de lo expresado con anterioridad, dará derecho a la Asociación Mutualista a aplicarme las sanciones disciplinarias establecidas por el Estatuto Social. En este caso, me comprometo a abonar a esa Asociación Mutualista, todos los gastos originados por la atención indebida de mi pareja.

Cabe aclarar que tengo conocimiento que se descontará de mis haberes el porcentaje establecido en concepto de aporte por esta afiliación, y que conozco y acepto la Reglamentación Vigente, como así también las decisiones de la Comisión Directiva.

Atentamente.

.....
Firma (CONVIVIENTE)

.....
Firma (TITULAR)

DATOS TITULAR

Afiliado N°:..... Apellido y Nombres:..... Estado civil:.....
Domicilio:..... Localidad:..... CP:.....
Teléfono:..... Activo () Jubilado () Pensionado ()
Presta servicio en:..... Código Ubicación:.....
E-Mail:.....