



AFILIADO N°

..... que suscribe
solicita a Ud. y por su intermedio, a abonarse al sistema de
de esa institución, el ingreso como socio, aceptando y respetando su reglamento y estatutos y velar por su fiel cumplimiento.

Fecha de ingreso/...../.....

.....
Firma del solicitante

DATOS NUCLEO FAMILIAR

▶ **TITULAR**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

▶ **CONYUGE**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

▶ **HIJO**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

▶ **HIJO**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

▶ **HIJO**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

▶ **OTROS FAMILIARES LEGALMENTE A CARGO O HIJO**

Apellido y NombresTel
Fecha de Nacimiento/...../..... Tipo y N° de Doc
Domicilio N°.....
Localidad
Provincia

Firma

A que Mutual está afiliado:
.....

Tiene cobertura de Servicio de Sepelio:
.....

Por medio de la presente presto mi conformidad a las disposiciones vigentes que rigen la cobertura del servicio de sepelio que presta Centenario M.S.D. Y B., bajo las siguientes condiciones:

- 1) Durante el periodo comprendido entre la fecha de ingreso como socio hasta el quinto año como tal y con las cuotas sociales al día la cobertura es del 35% del valor del servicio para un abonado.
- 2) A partir de haber cumplido el quinto año y hasta el decimo año y con las cuotas sociales al día la cobertura sera del 66% del valor del servicio para un abonado.
- 3) A partir de haber cumplido el decimo año y con las cuotas sociales al día la cobertura del servicio es del 100%.