

SECRETARIA DE INTERIOR

<i>Seccional/Delegación</i>		<i>Fecha de presentación</i>			
<i>Provincia</i>		<i>Nro. Solicitud</i>			
		OBLIGATORIO			
Datos Personales Titular		CUIL			
DNI		Apellido y Nombres			
N° Afiliado	Empresa				
Datos Adicionales					
Domicilio			Localidad		
Provincia		C. P.	Fecha Nacimiento		
Nacionalidad			Tel. Particular		
OBLIGATORIO					
Correo Electrónico			Tel. Celular		
GRUPO ASISTENTE		SI EL TITULAR ASISTE INCLUIRSE EN ESTA GRILLA			
Apellido y Nombres	Documento	Fecha Nac.	Parentesco	ACTIVIDAD FISICA	ACTIVIDAD ON LINE
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		__/__/__		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

--

Documentación requerida

Copia DNI, último recibo de haberes

Condiciones

- La forma de pago será solo por DESCUENTO DE HABERES, se debe adjuntar planilla debidamente completa y FIRMADA POR LA EMPRESA
- Ser socio de la Asociación Mutual de Trabajadores de Seguros (A.M.TRA.S.).
- Las tarifas publicadas son para Afiliados al Sindicato y su grupo familiar primario (esposas/os e hijas/os a cargo hasta 21 años inclusive. Hijos a cargo entre 22 y 25 años inclusive presentando certificado de estudios) por persona y por mes. En caso de existir familiares que no estén a cargo, se debe regularizar esta situación en sector Afiliaciones. Madres, padres, hermanas/os e hijas/os mayores de 22, descuento especial.
- Una vez confirmada el ALTA, dispondrán de 30 días para presentar el APTO FISICO adjuntándolo a: apto.medico@sportclub.com.ar
- La asistencia se puede efectivizar en cualquiera de las sucursales disponibles.
- La BAJA deberá solicitarse vía mail hasta el día 5 de cada mes, caso contrario se emitirá el cargo por el período mensual corriente.
- Los menores de 12 a 16 años deberán adjuntar autorización del Afiliado titular. No obstante esto, la realización de las actividades físicas quedarán a criterio de los profesionales de cada sede.

Firma y Aclaración Solicitante

--