

ASOCIACIÓN MUTUAL SPORTIVO BELGRANO

MATRÍCULA INACyM N° 557 – CUIT: 30-650032286-8

Casa Central: LA PARA – Filiales: VILLA SANTA ROSA – LA TORDILLA - ARROYITO

Datos del Instituyente:

Nombre: **NOMBRE**

Fecha de Nacimiento: **FECHANAC**

Domicilio: **DOMICI**

Doc.de Identidad: **TIPODOC N° NRODOC**

Socio N°: **CODIGO SOCADE**

Dejo establecido por la presente, como único/s beneficiario/s de los Subsidios y/o Seguros creados por la mencionada entidad al/los:

DATOS DE/LOS BENEFICIARIO/S:

NOMBENE1	DOMBENE1	DNIBENE1
NOMBENE2	DOMBENE2	DNIBENE2
NOMBENE3	DOMBENE3	DNIBENE3

Autorizando a deducirse previamente; si existiese, el total de las ayudas/s económica/s mutual y/o cualquier otro saldo deudor pendiente/s a la fecha del beneficio.-

DECLARO BAJO JURAMENTO, tener pleno conocimiento y aceptarestar comprendido dentro del beneficio del Subsidio por Fallecimiento, otorgado por la ASOCIACIÓN MUTUAL DE ASOCIADOS Y ADHERENTES DEL CENTRO JUVENIL SPORTIVO BELGRANO y/o cualquier otro creado o a crearse.

La Para, 25 de abril de 2019

Lugar y Fecha

Firma del Instituyente

Certificamos que la firma que antecede ha sido puesta en nuestra presencia.

Secretario

Tesorero

Presidente

Cancelación de Inscripción:

Lugar y Fecha

Firma del Instituyente

ASOCIACIÓN MUTUAL SPORTIVO BELGRANO

MATRICULA INACyM N° 557 – CUIT: 30-650032286-8
Casa Central: LA PARA – Filiales: VILLA SANTA ROSA – LA TORDILLA - ARROYITO

La Para, 25 de abril de 2019

El que suscribe Sr. / a.....
D.N.I. / L.C. / L.E.:; Asociado Nro. de la
Asociación Mutual de Asociados y Adherentes del Centro Juvenil Sportivo Belgrano,
dejo establecido por la presente, mi adhesión a los Subsidios de Ambulancia,
Radiología, Oftalmología, Podología y Medicamentos, declarando conocer las
condiciones, carencias y topes establecidos por la mutual para cada uno de los
subsidios.

SUBSIDIO POR AMBULANCIA: Este subsidio consiste en el reintegro para el Asociado del gasto de 1 traslado por mes bajo prescripción médica, hasta 300 Km. del radio de la localidad de La Para y con un máximo de 3 traslados anuales, y por un valor de \$ 13.- el kilómetro recorrido. Para que este Subsidio sea reconocido, el Asociado deberá presentar la factura emitida por el Servicio de Traslado, dentro de los 30 días de realizado el traslado, junto a la prescripción médica con fecha, origen - destino y motivo del traslado. **Carencia:** 90 días.

SUBSIDIO POR RADIOLOGÍA: Este subsidio consiste en el reintegro al Asociado del monto establecido en la Tabla Arancelaria estipulado por la entidad para cada placa radiográfica y hasta 2 placas por mes, con un máximo de 8 placas anuales. Para que el subsidio sea reconocido, el Asociado deberá presentar la factura / recibo del Servicio Radiológico, dentro de los 30 días de realizada la prestación y la prescripción médica con fecha, pedido médico detallado, firmado y sellado por el Profesional Médico que lo indica. **Carencia:** 90 días.

SUBSIDIO POR OFTALMOLOGÍA: Este subsidio consiste en el reintegro al Asociado de \$ 40.- por consulta. Con una cobertura de 1 Consulta mensual y un máximo de 4 anuales. Para que el subsidio sea reconocido, el Asociado deberá presentar la factura / recibo emitida por el Profesional, dentro de los 30 días de realizada la consulta, junto a la prescripción médica con fecha, informe de la consulta, firmado y sellado por el Profesional Oftalmólogo. **Carencia:** 90 días.

SUBSIDIO POR PODOLOGÍA: Este subsidio consiste en el reintegro al Asociado de \$ 100.- por Consultas / Tratamientos Pédicos realizados por Podólogos. Con una cobertura de 1 consulta / tratamiento mensual y un máximo de 8 anuales. Para que el subsidio sea reconocido, el Asociado deberá presentar la factura / recibo emitida por el Podólogo, dentro de los 30 días de realizada la consulta, detallando el tratamiento, firmado y sellado. **Carencia:** 90 días.

SUBSIDIO POR MEDICAMENTOS: Este subsidio consiste en el reintegro para el Asociado de un 20 % del costo total del medicamento, siempre que se encuentren en el vademecum vigente establecido por la mutual. Se entregan hasta 3 órdenes mensuales de 1 medicamento cada orden. Las Farmacias Adheridas son las beneficiarias de las órdenes de reintegro. **Carencia:** 120 días.

Firma del Asociado:

Aclaración: