

DOCUMENTO PRIVADO DE AFILIACIÓN

INFORMACIÓN PARTICULAR

Apellido Paterno				Fotografía	
Apellido Materno					
Nombres					
Estado Civil		Cédula de Identidad		N° Boleta de Pago	
				Cód ID Persona	
Lugar de Nacimiento	Provincia	Cantón	Ciudad	Fecha de Nacimiento	
Domicilio / Ciudad			Zona		
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:		Correo electrónico		
Entidad Financiera (abono sueldo)			N° Caja de Ahorro MN		

ENTIDAD EMPLEADORA

Fuerza o Entidad	Grado: / Cargo
Destino / Dependencia:	Lugar:
Profesión:	Fecha de Incorporación: a FF.AA. / Institución
Escalafón (Solo personal Militar):	Nro. Carnet Militar.(Solo para personal FF.AA)

ENTIDAD ASEGURADORA DE SALUD

Nombre / Razón Social:	Matrícula:
------------------------	------------

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD Y ACEPTACIÓN

Yo _____ declaro haber sido informado acerca de los beneficios, ventajas, derechos y obligaciones que me brindan la Mutualidad "Tte Gral. Germán Busch" y me obligo al fiel y estricto cumplimiento como afiliado proveniente de la Fuerza Aérea(); Ejército(); Armada Boliviana().

Las causales de retiro o cesantía definitiva que origina el pago de Prestaciones del Capital Social están enmarcados de acuerdo a los artículos 44* (Servicio Pasivo o Jubilación) 45* (Retiro Forzoso, Desvinculación o Renuncia); 46* (Fallecimiento) El pago del Seguro Dotal Mixto se aplicará a partir de los 180 Aportes realizados por el afiliado

Asimismo, de manera expresa autorizo a la Mutualidad "Tte. Gral. Germán Busch", realice el descuento correspondiente por concepto de aportes , de mis haberes a través del Ministerio de Defensa o las Instituciones que correspondan.

_____ Firma

Nombre: _____

C.I.: _____

Nombre del Afiliador:	Firma y Sello Afiliador:
Representante Regional en :	
Fecha:	

Requisitos:

<input type="checkbox"/> Fotocopia Boleta de Pago	<input type="checkbox"/> Fotocopia C.M. o TIN
<input type="checkbox"/> Fotocopia Cedula de Identidad	<input type="checkbox"/> Fotografia