

SOLICITUD DE SERVICIOS ADICIONALES

Fecha: _____

Socio Nº: _____

Apellido y Nombre Socio: _____

DNI Nº: _____

Me dirijo al Consejo Directivo de la Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales (la "Mutual") a los efectos de solicitar la prestación del/los servicio/s que a continuación se indican:

TIPO DE SERVICIO	NRO. SERVICIO	PRECIO

Manifiesto mi acuerdo respecto de los términos y condiciones particulares de la prestación de cada uno de ellos, de acuerdo con el/los anexo/s que en forma integrante acompañan/ la presente; comprometiéndome a observar y respetar dichas prescripciones, así como las estatutarias, reglamentarias y legales vigentes que fueren aplicables, las que declaro conocer en su totalidad y aceptar sin restricciones de ningún tipo, sujeto a su definitiva aprobación y conformidad.

Asimismo, dejo expresa constancia que acepto que el precio total del/de los servicio/s solicitado/s será/n abonado/s por medio de cualquiera de los Mecanismos de Pago dispuestos por la Mutual, conforme mi libre elección, y a tal fin, asumo la obligación de suscribir toda la documentación pertinente, según el caso: (i) Sistema de Retención de Haberes, a través del mecanismo de retención de haberes implementado por código de descuento de haberes de titularidad de la Mutual, y/o a través de la contratación con una entidad intermedia y demás accesorios que prevea la normativa vigente; (ii) Sistema de Débito Directo por Clave Bancaria Uniforme, a través del sistema de Débito Directo por Clave Bancaria Uniforme, través de acuerdos específicos de AMTAE con entidades financieras, y/o a través de la contratación de una entidad intermedia, previa suscripción de la autorización de débito correspondiente; (iii) Sistema de Pago Voluntario, en las oficinas de la Mutual y/o los lugares habilitados a tal fin; (iv) Tarjeta de Crédito; (v) Otros. El pago de la totalidad de las obligaciones por mí asumidas podrán ser canceladas mediante cualquiera de los Mecanismos de Pago detallados. Sin perjuicio del Mecanismo de Pago que sea aplicable, en este acto autorizo a la Mutual para que, frente a alteraciones en el pago de servicios gestionados, establezca como mecanismo de pago alternativo y a su exclusiva elección, sin necesidad de notificación previa a mi parte, cualquiera de los demás mecanismos enunciados precedentemente. Las sumas para el pago de las obligaciones establecidas serán canceladas en forma mensual a través de los Mecanismos de Pago detallados. En función de lo aquí dispuesto, presto conformidad para que mi empleador y/o el organismo correspondiente retenga de mis haberes mensuales o bien se debite en forma directa de mi cuenta por medio de mi Clave Bancaria Uniforme según corresponda, de acuerdo a las normas que rigen el funcionamiento de dichos Mecanismos de Pago, los montos dispuestos para el pago de las obligaciones por mí asumidas y a comunicar lo propio a mi empleador, personalmente o bien por intermedio de la Mutual. Reconozco en su caso que, toda entidad, distinta de la Mutual, que realice la retención de mis haberes o los débitos directos de mi cuenta bancaria, por obligaciones contraídas con la Mutual, se trata de una mandataria por mí designada a estos efectos. En tal supuesto, autorizo expresamente a la Mutual para que emita las instrucciones que correspondan, previa notificación de tal hecho a mi persona por cualquier medio dispuesto a tal fin por aquél. Si eventualmente la entidad no abonara a la Mutual los importes retenidos o debitados, la obligación de integración de los pagos de las obligaciones convenidas continuarán a mi cargo, debiendo en tal supuesto obrar conforme lo dispuesto por la presente. En el caso de que no se realice el descuento y/o débito de los pagos correspondientes a las obligaciones previstas en la presente solicitud, deberé realizar dichos pagos dentro de los 10 días corridos de cada mes en el domicilio de la sede social de Mutual o bien en alguna de sus filiales (cuyos domicilios que puede consultar llamando al 0810-222-6823 o a través de la página web www.mundoamtae.com). Si el último día previsto para el pago fuera inhábil podrá cancelarse en el día hábil inmediato posterior. La suscripción de la presente y demás documentación cumple la formal autorización para que la Mutual efectúe la retención de las sumas debidas por el pago de las obligaciones por mí asumidas de los haberes mensuales que me correspondan o bien debite dicho monto a través del sistema de débito directo por Clave Bancaria Uniforme por cualquiera de los

mecanismos de pago detallados, según corresponda. En caso de sumas abonadas a través del sistema de descuento de haberes y/o débito directo, las mismas no se tendrán por canceladas y no quedará válidamente liberado hasta tanto el importe completo de cada cuota de los servicios por mí gestionados, descontado mes a mes, sea efectivamente recibido por la Mutual del organismo, ente, mutual, sociedad o asociación que corresponda, que ha sido seleccionada bajo mi exclusiva responsabilidad, no asumiendo la Mutual responsabilidad alguna al respecto; toda vez que es mi obligación informarme de los descuentos efectuados y abonar en el domicilio de la Mutual (sede social o filiales) en las fechas correspondientes, cuando éstos no se efectuaren por cualquier motivo, total o parcialmente. Independientemente de cualquier medio de pago establecido en el presente instrumento, los cuales he elegido voluntariamente, y restantes documentos alternativos aplicables; sólo se considerará extinguida la obligación con el efectivo ingreso de los fondos adeudados al patrimonio de la Mutual. Los Mecanismos de Pago referenciados se consideran de carácter esencial para el otorgamiento de los servicios que ofrece la Mutual. Expresamente, sea cual fuere el Mecanismo de Pago seleccionado, me obligo desde ya a realizar todo acto cuanto sea necesario a los fines de que los fondos comprometidos en pago según la presente, ingresen efectivamente a la Mutual. Si eventualmente los fondos destinados al pago no ingresaran al patrimonio de la Mutual, la obligación de integración del pago de las obligaciones por mí contraídas continuará a mi cargo, independientemente de cuáles fueran las causas que originan la falta de integración y aún en el caso de que éstas fueran atribuibles a terceros ajenos a la presente. El pago del total del monto correspondiente a las obligaciones por mí contraídas se realizará válidamente conforme los términos de lo dispuesto en la presente y la documentación suscripta que forma parte en su totalidad de la misma.

Con fundamento en los incisos g) y l) del artículo 19º del estatuto social, acepto expresamente todas y cada una de las modificaciones al valor de los servicios que brinda la Mutual, así como su discontinuidad y toda otra modificación resuelta por el Consejo Directivo de la Mutual, cuando por razones de necesidad así lo aconsejen. Por lo expuesto, renuncio a efectuar reclamo de algún tipo por dichas modificaciones. Asimismo, acepto expresamente que la Mutual podrá ofrecerme nuevos servicios no comprendidos al día de la fecha y/o planes diferentes de prestaciones en mi calidad de asociado.

Firma del Solicitante: Aclaración: DNI:

Firma y sello operador por AMTAE: