

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Asociado Nro:

Fecha:

Filial:

Promotor:

Me dirijo al Consejo Directivo de la Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales a efectos de solicitar mi ingreso en carácter de asociado ACTIVO/ADHERENTE/PARTICIPANTE comprometiéndome a respetar las prescripciones legales, estatutarias y reglamentarias vigentes, las que declaro conocer en su totalidad y aceptar sin restricciones de ningún tipo, sujeto a su definitiva aprobación y conformidad, a fin de gozar de los servicios y beneficios mutuales, conforme a los términos y condiciones particulares que se detallan a continuación.

### **1.- Datos de Solicitud:**

#### **A. Solicitante ("Beneficiario")<sup>(1)</sup>**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Documento Tipo y N°: \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL/CDI: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha y lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Cód. Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_  
Empleador/Organismo/Profesión: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_  
Nº Beneficio Jubilación/Pensión: \_\_\_\_\_ Sueldo: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ CBU N°: \_\_\_\_\_  
Con carácter de declaración jurada, manifiesto: (i) Estado Civil: Viudo (ii) Profesión  
industria o actividad principal que realice y volumen de anual de ingresos:

#### **B. Grupo Familiar:**

| Apellido y Nombre | Documento | Fecha Nac. | Parentesco | GF | Valor Cuota |
|-------------------|-----------|------------|------------|----|-------------|
|                   |           |            |            |    |             |

\*En el caso del hijo menor (hasta 18 años) de un socio titular, al llegar a la edad límite, se cobrará por aquel la cuota social a valor del titular automáticamente.

(1) El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a éstos en forma gratuita en intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme el art. 14, inc 3, Ley N° 25.326. La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Los datos proporcionados en la presente serán utilizados a los fines de hacer posible el cumplimiento de las obligaciones asumidas en su carácter de asociado y de la remisión de información institucional y de servicios. A tal fin, la Mutual conservará sus datos en su base de datos electrónica en la sede social, por los plazos legales establecidos en las normas reglamentarias, estando a su disposición el ejercicio de los derechos amparados por el art. 6 inc. e Ley 25.326, respecto de los datos brindados. La información aquí solicitada es de cumplimiento obligatorio a los fines del tratamiento de su solicitud de incorporación como asociado. La falta de provisión de la información solicitada en la presente o su inexactitud deviene en la imposibilidad de tratar su solicitud por el Consejo de Directivo de la Mutual.

#### **C. Plan elegido por el Solicitante:**

Plan Bronce    Plan Plata    Plan Dorado    Plan Platino    Otros: \_\_\_\_\_

Cuota social básica

**D. Servicios incluidos en la cuota social mutual:** La Mutual brinda servicios sociales, financieros y de salud, cuya cobertura y alcance se encuentra detallado en el anexo de prestaciones según planes de cobertura parcial; integrante de esta solicitud y el cual reconozco recibo en este acto.

#### **E. Valor de cuota social titular y grupo familiar contratado por el Solicitante:**

I. - Valor de la cuota social Titular: \_\_\_\_\_

II. - Valor de la cuota social Grupo Familiar Directo: \_\_\_\_\_

- Valor de la cuota social Grupo Familiar Indirecto: \_\_\_\_\_

#### **2.- Condiciones Particulares:**

I.-Solicitud: Solicito los servicios indicados en los puntos C y D de la presente solicitud; con conocimiento expreso que el

detalle de éstos se encuentra en la cartilla web disponible en el sitio <https://www.mundoamtae.com>.

**II.-Mecanismo de Pago:** Acepto expresamente que el pago correspondiente a la cuota social y a la totalidad de las obligaciones por mí asumidas será cancelado mediante los mecanismos que a continuación se enuncian, a mi libre elección, que la Mutual colocó a mi disposición. En este sentido, 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. 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 las cuotas y accesorios 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 anteriormente. En función de ello, 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 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, deberá realizar dichos pagos dentro de los 10 días corridos de cada mes en el domicilio de la sede social de Mutual o de la filial más cercana. Si el último día previsto para el pago fuera inhábil podrá cancelarse en el día hábil inmediato posterior. La suscripción de la solicitud de incorporación como asociado 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 quedarán válidamente liberado hasta tanto el importe completo de cada cuota, 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, o de la filial más cercana, 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 la cuota social 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 la cuota social se realizará válidamente conforme los términos de lo dispuesto en esta cláusula en cuestión - "Mecanismo de Pago" - y la documentación suscripta que forma parte en su totalidad de la presente solicitud. La obligación de pago de la suma correspondiente a la cuota social se mantendrá vigente mientras conserve mi condición de asociado. 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 la cuota social, así como respecto de los beneficios sociales, monto de los planes y demás cargas sociales, y en los servicios por baja, sustitución y/o modificación de los mismos, resueltos por el Consejo Directivo de la Mutual, cuando por razones de necesidad así lo aconsejen. 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.

**III.-Mora:** El incumplimiento de las obligaciones de pago a mi cargo, con independencia de los medios de pago acordados, implicará el estado de mora automático y de pleno derecho por el solo vencimiento de los plazos acordados, sin necesidad de interpellación judicial o extrajudicial previa. Con prescindencia de cualquier medio de pago establecido en el presente instrumento y restantes documentos alternativos aplicables, manifiesto y acepto que, hasta tanto no ingresen efectivamente los fondos que me corresponde abonar al patrimonio de la Mutual, para ser aplicados al pago de la cuota social mutual, sin importar la situación respecto del canal de cobranzas aplicables al caso, la deuda se considerará impaga y pendiente de cancelación. Bajo este supuesto, acepto expresamente que solo me liberaré de mi obligación personal de pago en la medida de la íntegra cancelación efectiva de los montos adeudados en concepto de cuota social a favor de la Mutual, por lo que en caso de falta de percepción de los montos correspondientes en tiempo y forma, deberá cancelarlos en forma directa en el domicilio de la casa central de la Mutual sita en Lavalle 3155 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o en las filiales de la Mutual (cuyas direcciones se pueden obtener de la página web [www.mundoamtae.com](https://www.mundoamtae.com) o de las redes sociales o consultando telefónicamente al 0810-222-6823), autorizando por la presente a la Mutual a aplicar las sumas abonadas, en primer lugar y en forma prioritaria, a la cancelación de la totalidad de los montos adeudados en concepto de cuota social mutual, y el remanente de existir, destinarlo al pago de

cualquier otro servicio que hubiera sido solicitado en forma posterior a la presente solicitud. AMTAE otorgará al asociado un "plazo de pago" de 15 (quince) días corridos contados desde el vencimiento de la obligación, para el pago de la cuota mensual sin cargos ni intereses de ningún tipo, sujeto a condición de que en dicho "plazo de pago" el asociado abone íntegramente la cuota mensual. Si durante el "plazo de pago" el asociado no pagara íntegramente la cuota mensual, AMTAE podrá aplicar a partir de la fecha de vencimiento de la obligación (mora), un interés compensatorio y moratorio equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a Treinta (30) días aplica el Banco de la Nación Argentina, con más los eventuales gastos administrativos y/o de rehabilitación. Declaro y expresamente autorizo a la Mutual para que, en el supuesto de ingresos parciales de los fondos destinados al pago de las obligaciones asumidas, cualquiera fuera su causa, implemente en forma automática y sin necesidad de autorización previa todos los mecanismos de pago alternativos que expresamente haya aceptado a través de la suscripción de la documentación pertinente y aplique los montos correspondientes para cubrir en forma prioritaria los montos debidos en concepto de cuota social mutual y/o cualquier otro servicio que hubiera sido solicitado en forma posterior a la presente solicitud. En forma adicional a las acciones previstas en la presente, como consecuencia del estado de mora debidamente conformado, la Mutual podrá aplicar las sanciones previstas en el estatuto social y en las normas pertinentes en cuanto son de aplicación accesoria. Quedo desde ya notificado que, en los términos de lo dispuesto en el artículo 10 del Estatuto Social, la mora en el pago de tres cuotas sociales, facultará a la Mutual a excluirme de su nómina de asociados, sin necesidad de notificación alguna, y derecho a indemnización alguna de mi parte.

**IV.-Condiciones de Prestación del Servicio:** Presto mi conformidad a todas y cada una de las condiciones de afiliación a la Mutual, las cuales me fueron debidamente informadas al momento de suscribir la presente. Tomo conocimiento que en caso de duda y/o consulta puedo obtener información en [www.mundoamtae.com](http://www.mundoamtae.com) o bien comunicándome al 0810-222-6823. Asimismo, presto expresa conformidad a las cláusulas 8º, 19º inc. I) y 37º del Estatuto Social de la Mutual. El incumplimiento de mis obligaciones como asociado dará lugar a que el Consejo Directivo de la Mutual imponga las sanciones que considere a su exclusivo criterio, pudiendo resolverse la amonestación, suspensión, exclusión o expulsión, todo ello conforme a lo dispuesto por los artículos 8º y 9º del Estatuto Social, los que declaro conocer y aceptar.

**IV.-Condiciones de Prestación del Servicio:** Presto mi conformidad a todas y cada una de las condiciones de afiliación a la Mutual, las cuales me fueron debidamente informadas al momento de suscribir la presente. Tomo conocimiento que en caso de duda y/o consulta puedo adicionalmente obtener información en [www.mundoamtae.com](http://www.mundoamtae.com) o bien comunicándome al 0810-222-6823. Asimismo, presto expresa conformidad a las cláusulas 8º, 19º inc. I) y 37º del Estatuto de la Mutual. El incumplimiento de mis obligaciones como asociado dará lugar a que el Consejo Directivo imponga las sanciones que considere a su exclusivo criterio, pudiendo resolverse la amonestación, suspensión, exclusión o expulsión, todo ello conforme a lo dispuesto por los artículos 8º y 9º del Estatuto Social, los que declaro conocer y aceptar.

**V.-Renuncia:** En los términos del artículo 10º del Estatuto, declaro conocer que la solicitud de baja de mi carácter de asociado de la Mutual es un trámite de carácter personal, que debo solicitar a la Mutual por escrito, y sólo podrá ser procesada una vez que se encuentren canceladas en forma íntegra y total las obligaciones aquí reconocidas, y toda otra que ya haya asumido o asuma en el futuro, en virtud del uso y goce de los servicios otorgados por la Mutual, en forma directa o indirecta. En el supuesto de renunciar a mi calidad de socio, acepto expresamente que no podré solicitar el reembolso de los pagos ya efectuados ni realizar ningún acto tendiente a impedir que se descuenten, debiten y/o paguen de cualquier otro modo los montos comprometidos en este acto para el pago de los servicios por mí solicitados.

**VI.-Transferibilidad:** No podré asignar, transferir o delegar mis derechos u obligaciones aquí establecidas (incluyendo sin limitación, intereses o reclamos relacionados con esta solicitud), dado que la condición de socio y el uso de los servicios solicitados es indelegable e intransferible. La Mutual podrá transferir o subcontratar los derechos y obligaciones aquí establecidas a terceras partes habilitadas por la normativa vigente, sin autorización previa. Sin perjuicio lo expuesto, a exclusivo criterio y discrecionalidad de la Mutual, podrá aceptar el cumplimiento de las obligaciones previstas a mi cargo, por parte de un tercero si así lo decidiera.

**VII.-Cesión de Derechos y Créditos:** La Mutual queda desde ahora expresamente autorizada a ceder total o parcialmente los derechos de cobro emergentes de la presente solicitud, otorgarlos en propiedad, propiedad fiduciaria o en garantía a terceros, sin restricciones de ningún tipo, ni autorización en particular y sin necesidad de notificarme. Asimismo, acepto expresamente que todos los derechos a favor AMTAE, conforme a esta solicitud, podrán ser cedidos sin necesidad de notificarme en los términos del artículo 72 inc. (a) de la ley 24.441, cuando tal cesión tuviera por objeto (i) garantizar la emisión de títulos valores mediante oferta pública; (ii) constituir el activo de una sociedad (o fideicomiso) con el objeto de que emita títulos valores ofertables públicamente y cuyos servicios de amortización e intereses estén garantizados con dicho activo; y/o (iii) constituir el patrimonio de un fondo común de créditos.

**VIII.-Finalización de algún servicio incluido en la cuota social:** La Mutual podrá discontinuar la prestación de los servicios actualmente ofrecidos, por las razones que fuere, comunicando dicha voluntad con una anticipación no menor a 5 (cinco) días hábiles.

**IX.- Responsabilidad de la Mutual:** La Mutual no será responsable por la prestación del/de los Servicio/s o los daños y perjuicios acaecidos en ocasión del/de los mismo/s.

**X.- Misceláneas:** 1.- Mi firma en la presente obrará como constancia plena para la Mutual de que he recibido copia de la presente solicitud y sus respectivos anexos y documentos afines. Asimismo obra como constancia del asentimiento expreso a la remisión vía correo electrónico y/o cualquier otro medio que considere la Mutual de la información correspondiente a la presente (art 4º Ley de Defensa al Consumidor). Me notifico de que toda consulta que quiera realizar, la podré hacer a través de la página web <https://www.mundoamtae.com/contacto>, o por teléfono al Servicio de Atención al Cliente al número 0810-222-6823, o por mail a la casilla [contacto@mundoamtae.com](mailto:contacto@mundoamtae.com), o en forma personal en Lavalle 3155 C.A.B.A o en cualquier de las filiales de AMTAE. AMTAE conservará en el domicilio de su sede social (Lavalle 3155 C.A.B.A) -por los plazos legales establecidos- la documentación original que respalda la presente operación. En dicho domicilio también se encontrará disponible para consulta, toda aquella documentación cuya

conservación y con fundamento en su antigüedad hayan sido encomendados a una empresa profesional para guarda y conservación de documentos. En tal caso deberé solicitar dicha documentación por escrito y será puesta a mi disposición dentro del plazo no mayor a 15 días hábiles de recibida la solicitud. La documentación también estará disponible, en caso de ser requerido, en las filiales de AMTAE pero dicha solicitud también deberá realizarse por escrito otorgándole a AMTAE un plazo de 15 días hábiles para la puesta a disposición. Asimismo, declaro conocer que en la página web de la mutual está disponible la cartilla médica, con el detalle de prestaciones y prestadores de los servicios de salud a los que tengo acceso así como también todos los documentos asociativos vigentes. **2.-** Autorizo en forma expresa a la Mutual para que pueda informar a las empresas de riesgo crediticio, el estado de mora, ello sin que implique violación alguna a los derechos amparados por la ley de Hábeas Data N° 25.326 sus complementarias y modificatorias. El consentimiento libre otorgado por el deudor en la presente cláusula se brinda a los efectos de la ley de protección de datos personales n° 25.326, Decreto N° 995/2000, siguientes, modificatorios y complementarios. **3.-** En el marco de la Resolución Nro. 2361/19 INAES (art. 7) dejo constancia que se me informa que tengo derecho a requerir datos relacionados con la última clasificación que se me ha asignado, los fundamentos que la justifican según la evaluación realizada por esa entidad, el importe total de deudas con el sistema del servicio de crédito o de ayuda económica mutual -según corresponda- y las clasificaciones asignadas que surjan de la última información disponible en la Central de Deudores de los Servicios de Crédito Cooperativo y Ayuda Económica Mutual. A tal fin, tengo conocimiento que tal solicitud debe ser realizada por nota escrita firmada por mí, la cual será debidamente contestada por la mutual dentro de los 10 días de recibida. **4.-** Tengo conocimiento que se encuentra a mi entera disposición en la página web [www.mundoamtae.com](http://www.mundoamtae.com) el detalle de servicios y prestaciones del plan contratado y sus condiciones así como toda la información adicional relativa al mismo. **5.-** Tengo conocimiento de que tengo facultad a ejercer mi derecho de arrepentimiento de la presente operación y/o cualquier que realice, ello en los términos de la resolución 270/2020 (Secretaría de Comercio Interior).

**XI.- Jurisdicción y Competencia:** Para todas las cuestiones que se susciten con relación a la prestación de los servicios, las partes acuerdan someterse a la jurisdicción exclusiva de la Justicia Nacional de Primera Instancia con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires competentes en la materia, renunciando a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiere corresponder.

**XII.- Credencial digital y física:** Al aprobarse la afiliación, recibí de inmediato una credencial que me habilita para utilizar todos los servicios y beneficios previstos, la cual, también, estará disponible en formato digital a través de la plataforma online de AMTAE. Asimismo, podré solicitar en cualquier momento una copia física de su credencial, que AMTAE enviará a la dirección registrada dentro de los quince (15) hábiles posteriores a la solicitud.

**XIII.- Declaraciones y Garantía:** En cumplimiento de lo dispuesto por la normativa vigente emanada de la Unidad de Información Financiera, en reglamentación del artículo 21 incisos a) y b) de la ley N° 25.246, manifiesto a la Mutual, con carácter de declaración jurada: a) que la información y los datos identificatorios consignados en la presente solicitud son exactos y verdaderos; b) que los fondos y valores correspondientes a las presentes operaciones son provenientes de actividades lícitas; c) que SI / NO (tachar lo que no corresponda) me encuentro incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por Res. 52/12 la Unidad de Información Financiera, que desde ya declaro conocer. En caso afirmativo indicar: .....

(Cargo/Función/Jerarquía o relación con la Persona Expuesta Políticamente). Acepto que la Mutual podrá requerirme mayor información y/o documentación al respecto, en caso de configurarse algunos de los supuestos establecidos en la resolución de la Unidad de Información Financiera correspondiente. Asumo el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada; así como también a aportar - a la brevedad posible - la información o instrumentos correspondientes que me fueran requeridos.

Firma del Solicitante:

Aclaración:

DNI:

Firma y sello operador por AMTAE:.....

**PARA USO INTERNO DE LA MUTUAL**

Incorporación Socio Nro.

Conforme las facultades otorgadas por el Consejo Directivo, quien suscribe, se encuentra facultado para resolver la incorporación de nuevos asociados a la mutual. En consecuencia, mediante la firma de la presente, se valida la incorporación del solicitante como asociado de la mutual.

Firma y sello por AMTAE // **NO FIRMAR POR EL SOLICITANTE**//:

V.01.2026

### ANEXO PRESTACIONES SEGÚN PLANES DE COBERTURA PARCIAL

La Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales (AMTAE) brinda a sus asociados diferentes planes de cobertura parcial que incluyen prestaciones médico-asistenciales y servicios sociales y complementarios. El presente cuadro permite visualizar de manera clara y sintética las prestaciones incluidas en cada uno de los planes vigentes: Bronce, Plata, Dorado y Platino, facilitando así la elección del plan que mejor se acomode a las necesidades de cada afiliado.

| Prestación / Servicio - Mundo AMTAE  |        |       |        |         |  |
|--------------------------------------|--------|-------|--------|---------|--|
| ASISTENCIA EN SALUD                  | Bronce | Plata | Dorado | Platino |  |
| Red de asistencia médica y consultas | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Análisis clínicos                    | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Prácticas                            | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Óptica y anteojos gratis             | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Odontología                          | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Urgencias y Emergencias              | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Médico a domicilio (CABA y GBA)      | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Kinesiología                         | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Rama Plus                            |        | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Asistencia Alta Complejidad          |        | ✓     | ✓      | ✓       |  |
| Enfermería a domicilio               |        |       | ✓      | ✓       |  |
| Descuentos en farmacias              |        |       | ✓      | ✓       |  |
| Seguro asistencia oncológica         |        |       |        | ✓       |  |
| Seguro por trasplantes               |        |       |        | ✓       |  |
| Cuidados prolongados por accidente   |        |       |        | ✓       |  |
| Seguro asistencia por fracturas      |        |       |        | ✓       |  |

| ASISTENCIA SOCIAL                             | Bronce | Plata | Dorado | Platino | CS básica |
|---|--------|-------|--------|---------|-----------|
| Sistema de subsidios                          | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Plan de beneficios                            | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Peluquería                                    | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Podología                                     | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Turismo                                       | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Asesoramiento legal                           | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Asistencia Full Hogar                         |        | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Servicios asistencia al viajero internacional |        | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Asistencia Mobile                             |        | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Asistencia Psicológica                        |        | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Asistencia Tributaria                         |        | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Bolso Protegido                               |        | ✓     | ✓      | ✓       |           |
| Accidentes personales 24 hs                   |        |       |        | ✓       |           |
| Sepelio Indemnizatorio                        |        |       |        | ✓       |           |
| Asistencia SOS Mundo Amtae                    |        |       | ✓      | ✓       | ✓         |

| ASISTENCIA FINANCIERA | Bronce | Plata | Dorado | Platino | CS básica |
|-----------------------|--------|-------|--------|---------|-----------|
| Gestión de Préstamos  | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |
| Ayudas Económicas     | ✓      | ✓     | ✓      | ✓       | ✓         |

**ANEXO CUADRO TARIFARIO**  
**VALORES CUOTA SOCIAL POR PLAN y FRANJAS ETARIAS**

| Plan         | Valor Cuota social<br>Franja etaria<br>0 a 18 años  | Valor Cuota social<br>Franja etaria<br>Mayor 18 años | Valor Cuota social<br>MEDIO DE COBRO<br>HABERES<br>Franja etaria<br>Edad jubilatoria |
|--------------|---|--|--|
| BRONCE       | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| PLATA        | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| ORO          | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| PLATINO      | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| Medi360      | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| Medired Plus | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |
| AsistVida    | Valor correspondiente al momento de la contratación | Valor correspondiente al momento de la contratación  | Valor correspondiente al momento de la contratación                                  |

\*Los valores de cuota social de cada plan incluyen el componente correspondiente al servicio de salud

---

Firma

Aclaración

Tipo y Nro. de Documento