



## MUTUAL DEL PERSONAL DE LA POLICIA DEL NEUQUEN

Por la presente manifiesto formalmente mi intención de adherirme al **Subsidio Solidario Mutual**, declarando conocer y aceptar la totalidad de los derechos, obligaciones y condiciones expresadas en el reglamento respectivo y en el estatuto social, prestando mi conformidad a que me sea descontado de mis haberes el importe correspondiente a la cuota y/o las cuotas que corresponda. Me notifico expresamente que para poder gozar de cualquiera de los beneficios que este subsidio preveé, no debo mantener ningún tipo de deuda en concepto de cuota social, ni cuota de este subsidio al momento de ocurrido el hecho generador del beneficio, caso contrario la Mutual se encuentra eximida de abonar las sumas correspondientes.

Ante el supuesto de mi fallecimiento, deseo que este beneficio sea abonado a:

Nombre y Apellido:

Dni:  Teléfono:

Domicilio:

Este formulario ha sido firmado en la Ciudad de

a los  días del mes  del año

Nombre y Apellido:

N° de Afiliado:

Firma y Aclaración

*Nota: Este formulario deberá ser firmado en presencia de alguna autoridad que certifique la firma del asociado.*