

**Datos a cumplimentar por el asociado**

Apellido y Nombre (Completo): .....

..... DNI / LE / LC: .....

Tel.: ..... Fecha de Nacimiento: .....

E-mail : .....

Domicilio: .....

USO INTERNO	
N° de Asociado:	
Tipo Operación:	N° Contratación:
Arancel Mensual (Incremento) :\$	Total Arancel Mensual :\$
Fecha Vigencia:	

**CONDICIONES GENERALES:**

- Este subsidio que cubre el riesgo de muerte y que rige por toda la vida podrá contratarse hasta los 70 años y 6 meses de edad reales, tomando la misma a la fecha de recepción de la solicitud.
- Cláusula de variación:**
  - El arancel será actualizado en el mismo porcentaje de incremento que la Cuota Social, de acuerdo a lo previsto en el Art. 16 del Estatuto Social (Variación del sueldo del grado de Mayor en actividad sin cargas de familia).
  - Se aplicará este arancel a los efectos del cálculo del incremento del capital, en base a los coeficientes, según tabla aprobada por el Directorio, y considerando la edad alcanzada por el contratante al momento de la actualización. La edad será determinada tomando el año de cierre del ejercicio respecto al año de nacimiento.
  - El arancel respectivo y el capital, que resulta de la aplicación de los coeficientes según tabla aprobada por el Directorio, rigen hasta la primera actualización de ambos.
  - El arancel mensual y el capital resultante serán actualizados tantas veces como sea modificada la cuota social, sin nuevos requisitos de contratación y sin límite de edad.
- La presente contratación está sujeta a la condición de que el Departamento Médico de la Mutual emita dictamen aprobando la contratación en base a la Declaración Jurada de Salud que al efecto suscribo. Para el caso de que dentro del plazo de 30 días de presentada a la Mutual esta contratación sea declarada no apta por el Departamento Médico de la misma, la contratación no tendrá validez y se juzgará como que nunca se inició, aún cuando se pudiera haber verificado el fallecimiento del titular en ese lapso y sin perjuicio de los pagos de arancel que hubiera realizado, los que en ese caso serán reintegrados. Aceptada la solicitud, el subsidio iniciará su vigencia desde la fecha en que se pague el correspondiente arancel en la Tesorería de esta Sociedad. En los casos en que el arancel se descuenta de haberes o por cargos, la vigencia será a partir del día primero del mes siguiente de retenida la misma.
- La falta de pago de los aranceles se registrará de acuerdo a lo que se establece para el pago de la cuota social previsto en el Art. 12 del Estatuto Social y Reglamento de Subsidios.  
Autorizo a la Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista para que debite de los fondos que tuviera depositados en cuentas de Ahorro Mutual u operaciones abiertas o efectuadas bajo mi matrícula de Asociado, aún cuando las mismas registraran órdenes recíprocas, la totalidad de lo que adeudare por aranceles de subsidio adicional variable. Si lo adeudado y depósitos u operaciones del caso lo fueran en distintas monedas (Pesos – Dólares Estadounidenses), Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista podrá efectuar la operación de cambio necesaria a fin de efectivizar el pago.
- El contratante del subsidio podrá renunciar a la actualización del mismo debiendo, en tal caso, comunicarlo por escrito a esta Sociedad. La vigencia del capital no actualizable se tomará a partir del primer día del mes siguiente de recibida la comunicación.
- Al fallecimiento del contratante, se pagará a los beneficiarios del subsidio, el capital vigente a ese momento, en tanto no haya incurrido en retención o falsa declaración al completar la Declaración Jurada de Salud del caso.  
El otorgamiento de una Ayuda Económica exige tener vigente un Subsidio Adicional Variable. No podrá rescindirse, total ni parcialmente, dicha contratación hasta no cancelarse la Ayuda Económica. **La cancelación de la deuda no implica la rescisión automática del contrato de Subsidio Adicional Variable.** La renuncia al Subsidio deberá comunicarse por escrito y tendrá efecto a partir del primer día del mes siguiente al de su aceptación.

**Sr. Presidente de la Sociedad Militar "Seguro de Vida"**

Solicito a Usted se amplíe mi SUBSIDIO ADICIONAL VARIABLE actual de \$..... hasta la suma total de pesos..... (\$.....) en las condiciones reglamentarias que declaro conocer y que figuran en la presente.

Asimismo, autorizo para que se descuenta de mis haberes, o me comprometo a abonar por caja el arancel mensual que corresponda de conformidad con el Subsidio Adicional Variable que se me acuerde.

Dejo expresa constancia que acepto la existencia y validez de la condición resolutoria incluida en el punto 3) del presente, en el sentido que si el Departamento Médico de la Mutual declara no apta la contratación propuesta a partir de la Declaración Jurada suscripta a ese efecto, la contratación será juzgada como que nunca tuvo inicio y sin ningún valor, aún cuando hubiera realizado pago de los aranceles y/o se hubiera producido el fallecimiento del suscrito durante el lapso de treinta (30) días contados desde la fecha de presentación.-

Saludo a Usted muy atentamente.

Control Interno SMSV IM – Intervino	.....de.....de.....	.....
	Lugar y fecha	Firma del Solicitante

**Dictamen del médico de la Sociedad Militar "Seguro de Vida" – Institución Mutualista**

FECHA:	DICTAMEN:	RATING:
<b>EXAMEN MÉDICO</b>		
Con Declaración Jurada de Salud		
Con Elementos Médicos		
Con Examen Médico Vigente		
Con Examen Médico Nuevo		
RATING	..... Firma del Médico	