



Fondo Compensador Fuerza Aérea

Matrícula INAES 666 Capital Federal

Sede Central: Paraná 666 (C1017AAN) Buenos Aires Telefax: (011) 4370-9850

Filial Córdoba: Av. Colón 335 1º piso local 46 (X5000EPD) Córdoba Telefax: (0351) 425-1367 / 423-9274

SOLICITUD DE AFILIACIÓN INDIVIDUAL

Sistema de Capitalización

I - DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres								
Documento Tipo	☐	Nro.	☐	CUIL/CUIT	☐	Sexo	☐	M Masculino F Femenino
OSFA/LEGAJO	☐	Nacionalidad	☐	Fecha de nacimiento	☐			
Domicilio								
Calle	☐	Nro.	☐	Piso	☐	Depto.	☐	
Localidad	☐				Código Postal	☐		
Provincia	☐				e-mail	☐		
Teléfono	☐	Tel. celular	☐	Tel. laboral	☐			

II - DESIGNACION DE BENEFICIARIO

Apellido y Nombres							
Documento Tipo	☐	Nro.	☐	Parentesco	☐		
Calle	☐	Nro.	☐	Piso	☐	Depto.	☐
Localidad	☐				Código Postal	☐	
Provincia	☐	Teléfono	☐	e-mail	☐		

III - DECLARACION JURADA

Estado Civil	☐	Profesión/Oficio	☐	Ingresos anuales \$	☐
Reviste Ud. calidad de Persona Políticamente Expuesta según Resol. UIF vigente?	NO ☐	SI ☐			
Reviste Ud. calidad de Oficial de Cumplimiento según Resol. UIF vigente?	NO ☐	SI ☐			

Declaro bajo juramento:

- Conocer las disposiciones vigentes para mi incorporación como socio de esa Mutual, contenidas en el Estatuto del Fondo Compensador y la Reglamentación del Fondo Compensador para el Sistema de Capitalización Individual.
- Asumir el compromiso de efectuar aportes por el término mínimo de 72 meses (6 años continuos) a partir del mes en el que se formule el primer cargo a mis haberes con destino a cuota social y aporte Focomfa bajo el número de control consignado más arriba.
- Que mi antigüedad como asociado de Focomfa sea tomada a partir de la fecha en que ingrese mi primer aporte, dejando expresa constancia que nada tengo que reclamar a la Mutual por cualquier cuestión de tipo personal o patrimonial que pudieran derivarse de anteriores afiliaciones, con otro número de asociado o con el indicado más arriba.
- Que en el caso de que cese mi relación laboral actual con alguno de los organismos del ámbito de ejercicio de Focomfa, me comprometo formalmente a continuar abonando los importes correspondientes a la Cuota Social y aporte Focomfa por lo menos hasta completar el término mínimo comprometido en el punto b) por un importe idéntico al que se descontaba. Asimismo, declaro conocer que dicho cambio debo manifestarlo por escrito así como también mi voluntad de continuar efectuando los aportes básicos dentro de los 90 días de ocurrido el cese del descuento, y que transcurrido ese período cese definitivamente como socio de Focomfa.
- Que en el caso de estar amortizando una ayuda económica mutua y a la vez cumplir con los requisitos mínimos para efectuar la desvinculación de Focomfa y efectuar el consecuente rescate de fondos, me comprometo a cancelar previamente esa ayuda económica, sin perjuicio de facultar por el presente a Focomfa a que compense, tomando para sí cualquier suma de dinero que obrare a mi favor en la Mutual.
- Que actúo por cuenta propia, que los fondos utilizados en mi relación con la Mutual provienen de actividades lícitas y compatibles con mi actividad declarada, autorizando a FOCOMFA a verificar la información suministrada mediante consultas a bases de datos públicas o privadas para el cumplimiento de la normativa vigente, comprometiéndome a mantener actualizados los datos informados. Asimismo, me comprometo a informar cualquier cambio de destino o del número de Identificación en Fuerza Aérea.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante:

IV - CERTIFICACION

Certifico que los datos consignados anteriormente son correctos y que la firma precedente corresponde al solicitante ya que fue puesta en mi presencia.

Nota: La certificación deberá ser efectuada por el representante (titular o suplente) del Organismo de revista. En caso de ausencia de estos se requerirá la certificación de la autoridad local.

Firma Certificante:

Aclaración: