



Fondo Compensador Fuerza Aérea Personal Civil

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

## SISTEMA DE CAPITALIZACION SOLICITUD DE RESCATE PARCIAL DE FONDOS

### I - DATOS PERSONALES

Unidad  Nro de Legajo  Fecha de Nacimiento

Apellido  Nombres

Documento: Tipo (DNI-CI-LE-LC)  N°  Estado Civil:

Domicilio: Calle  Número:

Piso:  Dto:  Localidad:  Cod.Postal:

Provincia:  E-mail:

Teléfono  Tel. Celular  Tel. Laboral

### II - DATOS DEL CONYUGE O CONVIVIENTE

Apellido  Nombres

Documento: Tipo (DNI-CI-LE-LC)  N°  F.Nacimiento:

### III - MONTO DEL RESCATE

En PESOS  ó en PORCENTAJE  %

En Letras:

(Consignar solamente el monto en Pesos o el porcentaje (hasta 40%) que desea rescatar.)

### IV - DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados son verdaderos, que conozco las disposiciones reglamentarias que rigen los Rescates Parciales de fondos del Sistema de Capitalización, contenidas en el Art. 37, Inc. 2) de la Reglamentación del Fondo Compensador, cuyo resumen se indica a continuación, quedando sometido a ellas.

Porcentaje de la Cuenta Individual a ser rescatado	Plazo Mínimo de espera hasta próximo Resc. Parcial	Plazo Mínimo de espera hasta próximo Resc. Total	Fdo. Reserva Sist. Reparto: Descuento sobre el monto de Rescate Parcial
10%	2 años	6 años	10 %
de 10.01 % a 25.00 %	3 años	6 años	20%
de 25.01 % a 40.00 %	4 años	6 años	30%

Lugar y Fecha : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

### V - CERTIFICACION

Certifico que los datos consignados son correctos y que la firma precedente corresponde al que tramita la presente solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Certificante

### VI - RESERVADO PARA FOCOMFA

SOLICITUD NRO:  Forma de pago:  Encam. de pago

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>FOCOMFA</b>
<b>Mesa de Entradas</b>
<b>Ingresó:</b>