



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 JUBILADO / RETIRADO

I - DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres

Documento Tipo ☐ Nro. CUIL/CUIT Sexo ☐ M Masculino
F Femenino

LEGAJO Nacionalidad Fecha de nacimiento

Domicilio

Calle Nro. Piso Depto.

Localidad Código Postal

Provincia e-mail

Tel. personal Tel. celular Tel. familiar

II - 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:

a) Conocer las disposiciones vigentes para mi incorporación como socio de la Mutualidad, contenidas en el Estatuto del Fondo Compensador para Jubilaciones y Pensiones del Personal Civil de la Fuerza Aérea y sus Reglamentaciones.

b) Asumir el compromiso de efectuar los pagos mensuales correspondientes a la Cuota Social.

c) Me comprometo, en caso de abonar la cuota social por otra vía que no sea la del débito en mi cuenta bancaria, a informar a FOCOMFA enviando el comprobante del pago, fecha, datos personales completos y motivo del mismo.

d) Dejo expresa constancia que nada tengo que reclamar a Focomfa por cualquier cuestión de tipo personal o patrimonial que pudieran derivarse de anteriores afiliaciones, con otro número de control o con el indicado más arriba.

e) Que en el caso solicitar una renuncia como asociado y estar amortizando una ayuda económica, me comprometo a cancelar previamente la misma, sin perjuicio de facultar por el presente a Focomfa a que compense, tomando para sí cualquier suma de dinero que opere a mi favor en la Mutual.

f) 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.

g) Adjunto a la presente fotocopia de mi DNI y último recibo jubilatorio / retiro.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante:

III - 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 o por un representante de atención al asociado de algunas de las oficinas de la FOCOMFA.

Firma Certificante:

Aclaración: