



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

III - DECLARACION JURADA

Estado Civil Profesión/Oficio Ingresos anuales \$

Reviste Ud. calidad de Persona Políticamente Expuesta según Resol. UIF vigente? NO SI

Declaro bajo juramento:

a) 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.

b) 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.

c) Que mi antigüedad como socio activo de Focomfa sea tomada a partir de la fecha de aceptación de la presente solicitud, dejando 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.

d) 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 ceso definitivamente como socio de Focomfa.

e) Que el Saldo inicial de mi Cuenta individual de Capitalización, que se crea a partir de la aceptación formal como socio de \$ 0,00 (pesos cero).

f) Que en el caso de estar amortizando una ayuda económica mutual 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.

g) Asumir la obligación de comunicar en forma fehaciente todo cambio de domicilio producido con posterioridad al declarado en la presente solicitud (Art. 17 inc. d). Si no lo hiciera relevo a Focomfa de las obligaciones contenidas en el Art. 19 inc. b) punto 2 del Estatuto Social. Asimismo me comprometo a informar cualquier cambio de destino o de Número de Identificación en Fuerza Aérea.

h) Adjunto a la presente fotocopia de mi último recibo de haberes.

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: