

SOLICITUD DE PRÉSTAMO EN GALENOS PENSIONADO/A

1.- SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDO											
DNI											
CUIT/CUIL			-								-
DOMICILIO REAL (INDICAR CALLE, NUMERO, PISO/DEPARTAMENTO, LOCALIDAD, PROVINCIA Y CODIGO POSTAL)											
TELEFONO CELULAR											

2.- NOMBRE DEL AFILIADO FALLECIDO

NOMBRE Y APELLIDO											
MATRÍCULA PROFESIONAL											
PENSIÓN EN CARÁCTER DE	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE		<input type="checkbox"/> CONVIVIENTE								

3.- SOLICITUD

CANTIDAD DE GALENOS											
EQUIVALENTE EN PESOS A LA CANTIDAD DE	\$										

(*) CONFORME VALOR DE LA UNIDAD GALENO PREVISIONAL VIGENTE EN EL DÍA DE LA FECHA DE LA PRESENTE SOLICITUD.

QUE ME COMPROMETO A DEVOLVER EN LA SIGUIENTE CANTIDAD DE CUOTAS MENSUALES Y CONSECUTIVAS (**)	
---	--

(**) COMPRESIVAS DE CAPITAL, CONFORME VALOR DE LA UNIDAD GALENO PREVISIONAL VIGENTE A LA FECHA DE CADA PAGO, INTERESES DE FINANCIACIÓN POR SISTEMA FRANCÉS A LA TASA DEL 4% ANUAL Y PRIMA DE SEGURO.

4.- DECLARACIÓN DE INGRESOS/BIENES/DEUDAS

INGRESO MENSUAL ESTIMADO (*)											
AUTOMOTOR	MARCA						MODELO				
INMUEBLES (DESCRIBA)											
COMPROMISOS FINANCIEROS	ENTIDAD						MONTO MENSUAL CUOTA				
OTROS COMPROMISOS FINANCIEROS	ENTIDAD						MONTO MENSUAL CUOTA				

(*) SIN CONSIDERAR LOS HABERES DE PENSIÓN QUE LE ABONA LA CAJA DE MÉDICOS

5.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA DNI (ANVERSO Y REVERSO)**6.- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIOS (*)**

DOMICILIO ESPECIAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES			
CALLE:	NÚMERO:	PISO/DPTO.:	
LOCALIDAD:		C.P:	PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO:			

(*) COMPLETAR SOLO EN CASO DE SOLICITANTE DOMICILIADO FUERA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

7.- DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

- a) Declaro conocer y aceptar que la presente solicitud se encuentra sujeta a la aprobación de la Caja.
- b) En caso de otorgárseme el préstamo consiento que su importe sea acreditado en la cuenta en la que la Caja me deposita los haberes de Pensión, con deducción del impuesto de sellos que se encuentre a mi cargo.
- c) Estar en conocimiento que el préstamo tendrá un seguro de vida por el saldo de deuda, que tendrá una carencia de 30 días.
- d) Consiento que el importe de las cuotas mensuales y de las primas de seguro me sean deducidos de los haberes de pensión que me abona la Caja.
- e) Estar en conocimiento que con el pago de la primera cuota se abonará la prima de seguro devengada desde la fecha de acreditación del préstamo en mi cuenta.
- f) Constituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el ítem 1 y 6 de la presente solicitud, según corresponda.
- g) Estar en conocimiento de los términos de la reglamentación y su anexo en cuyo marco realizo esta solicitud.
- h) La restitución del préstamo se realizará mediante el pago de cuotas mensuales y consecutivas, conforme valor de la unidad galeno a la fecha de cada pago, con más el interés compensatorio previsto reglamentariamente del 4% anual, sujeta a modificación en el supuesto previsto en el Art. 5° de la Reglamentación de Préstamos en Galenos en conformidad a la facultad contemplada en el Art. 70 de la Ley 12.207 y la prima del seguro de vida.
- i) Si por cualquier circunstancia la Caja no pudiera efectuar la deducción del importe de la cuota de mis haberes, me comprometo en el plazo de diez (10) días a adherir al pago por tarjeta de crédito Visa o Mastercard.
- j) Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario han sido suministrados por mí y son correctos.

LUGAR Y FECHA:

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN SOLICITANTE

CERTIFICACIÓN DE FIRMA	
CERTIFICAMOS que la firma que antecede, perteneciente a	
Ha sido puesta en nuestra presencia, de lo que damos fe.	
..... Firma Firma
Aclaración: Cargo:	Aclaración: Cargo: