

**FORMULARIO DE ADHESIÓN  
PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA DE JUBILACIÓN  
CAPROME**

Página 1 de 3

**1. Datos del afiliado**

Por la presente (apellido y nombres).....  
DNI .....y constituyendo domicilio en  
..... y dirección de correo  
electrónico para todas las comunicaciones relacionadas con esta prestación e-mail:  
.....y teléfono N°.....

**2. Adhiero expresamente a la prestación complementaria de jubilación a partir del mes.....** mediante la modalidad de: *(marcar con X la opción elegida).*

Pago directo con debito automático en cuenta

Mediante tarjeta debito en caja Ca.Pro.Me.

El importe surge de la alternativa elegida que informo a continuación: *(completar la opción que corresponda a) ó b))*

a) El importe de adhesión es periódico mensual de \$.....

b) El importe de adhesión lo informare en cada oportunidad mediante correo electrónico o nota personal, siendo aplicables aquellos informados hasta el día 15 de cada mes. Los posteriores ingresaran al mes siguiente.

**3. Declaro expresamente conocer y aceptar** la totalidad de las normas que regulan la prestación establecida en el reglamento aprobado por asamblea extraordinaria.

EN PARTICULAR DECLARO QUE:

3.1 Reconociendo que el presente sistema consiste en una "Prestación Complementaria de Jubilación", acepto que la prestación periódica a percibir, se acuerde en una percepción mensual máxima establecida en el reglamento que se encuentre vigente al momento de solicitarla.

3.2 Acepto que una vez pactada una modalidad de retiro, la misma podrá ser modificada una vez al año. La modificación solicitada entrará en vigencia en el mensual julio próximo.

3.3 Acepto que la CAPROME. limite mis aportes, tanto en cuanto al mínimo como al máximo a aportar, según la Resolución del Directorio vigente y establezca condiciones para la justificación de los fondos que integren mi FONDO DE PRESTACION COMPLEMENTARIA DE JUBILACION.

FIRMA..... 1

ACLARACIÓN.....

DNI .....

**FORMULARIO DE ADHESIÓN  
PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA DE JUBILACIÓN  
CAPROME**

Página 2 de 3

3.4 Acepto y reconozco que las rentas que genere mi FONDO DE PRESTACION COMPLEMENTARIA DE JUBILACION, no se encuentran exentas y generaran retenciones del Impuesto a las Ganancias, de corresponder, al momento de su PERCEPCION.-(en un todo de acuerdo a la legislación vigente también a ese momento).

3.5 Me obligo a informar a la CAPROME cualquier cambio que se produzca en mis datos personales, domicilio o teléfonos.

**4. Condiciones de Ingreso de los fondos:**

Conozco y acepto la circunstancia de que únicamente se acreditaran mis aportes a mi FONDO DE PRESTACION COMPLEMENTARIA DE JUBILACION, si no registro deudas de ningún tipo por ningún concepto para con la CAPROME., emergente de mis obligaciones derivadas de la Ley XIX N° 39 y sus Decretos Reglamentarios y Reglamentos dictados por Asamblea o acuerdos realizados entre mi persona y la CAPROME.

- a. En caso de existir deuda por cualquier tipo o concepto, podrán no realizarse los débitos correspondientes a este fondo hasta que la deuda sea cancelada.
- b. Autorizo expresamente a que la CAPROME descuente las deudas que se registren con posterioridad al primer pago al fondo, de lo aportado en fecha anterior, luego de agotadas las instancias administrativas de cobro.
- c. Al momento de solicitar la PRESTACION COMPLEMENTARIA DE JUBILACION, El MONTO de mi CUENTA PRESTACION COMPLEMENTARIA DE JUBILACION será el acreditado en el último informe cuatrimestral individual, previo a la solicitud.
- d. El importe de las cuotas se determinara en base a los parámetros establecidos en el reglamento y las resoluciones del directorio pertinentes al momento de convenir el retiro del Fondo.
- e. Las cuotas pactadas merecerán el ajuste que por distribución de rentas cuatrimestrales informe la CAPROME.
- f. Los pagos podrán ser realizados desde el mes siguiente a aquel en que se suscriba el formulario de adhesión y hasta el mes anterior a la solicitud de retiro, sin otra condición que respetar los límites mínimos y máximos de aporte que establezca la CAPROME, pudiendo hacerse pagos en

FIRMA..... 2

ACLARACIÓN.....

DNI .....

**FORMULARIO DE ADHESIÓN  
PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA DE JUBILACIÓN  
CAPROME**

meses alternados o consecutivos sin que ello implique ningún tipo de obligación de continuidad en el pago de aportes.

- g. La solicitud de retiro de los fondos implicará la baja automática del FONDO no pudiendo posteriormente reincorporarse el afiliado y debiendo cesar los aportes al mismo.
- h. La designación de beneficiarios del fondo incluida en esta solicitud podrá ser modificada las veces que el afiliado lo desee, siendo válida en todos los casos la de fecha posterior.

**5. Designación de beneficiarios.**

Por medio de la presente designo para percibir los montos correspondientes al presente fondo en las mismas condiciones que me hubieran correspondido como titular a:

<b>Apellido y Nombres</b>	<b>DNI</b>	<b>Porcentaje (*)</b>
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

(\*)\_Si no se señala porcentaje se entiende en partes iguales.

Forma parte del presente el formulario de autorización al debito automático para los casos que correspondan esta modalidad.

**LAS FIRMAS INSERTAS EN ESTE FORMULARIO PODRÁN SER CERTIFICADAS POR PERSONAL DE CAPROME DEBIDAMENTE AUTORIZADO, JUEZ DE PAZ O ESCRIBANO.**

FIRMA..... 3  
ACLARACIÓN.....  
DNI .....