



## SOLICITUD DE PRESTAMO PERSONAL PARA JUBILADOS

LUGAR y FECHA: ..... de 20.....-

SR./A. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. S/D:

De mi consideración:

El/la que suscribe:.....,  
 Afiliado/a N°....., Jubilado/a de esta Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, con domicilio real en la calle..... N°.....,  
 Piso:....., Dpto:....., Teléfono.....  
 Fijo....., Teléfono.....  
 Celular.....

.....,  
**Correo Electrónico**..... **(no se aceptará solicitud sin indicación de correo electrónico)**, de la Localidad de....., me dirijo al/a la Señor/a Presidente y digo: Que, en caso de aprobarse esta solicitud, designo para la firma del contrato a la Delegación de Distrito N°....., que de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento de Préstamos vengo a solicitar la concesión de un Préstamo Personal por la suma de \$.....(pesos.....) con amortización en..... cuotas mensuales, con tasa de interés variable. Que conozco y consiento en un todo los términos y alcances del Reglamento de Préstamos, incluyendo las modificaciones que se hayan hecho al mismo a la fecha de la presente, que forman parte integrante de la contratación y a cuyas estipulaciones me someto. Que conforme lo establece el citado Reglamento, por la presente **designo con carácter de beneficiaria de la Prestación por Fallecimiento, durante la vigencia de la deuda, por el saldo del presente préstamo, a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, comprometiéndome a informar de dicha circunstancia a quienes fueran mis anteriores beneficiarios designados o reglamentarios de la misma y liberando a la Caja de cualquier consecuencia que la falta de dicha información acarree a dichos beneficiarios. Asimismo presto expresamente mi conformidad para que las cuotas correspondientes al pago del Préstamo aquí solicitado, sean descontadas de mis haberes jubilatorios mensuales, consintiendo en un todo dichos descuentos.**

**INFORMACION IMPORTANTE. GASTOS ADMINISTRATIVOS POR DESISTIMIENTO DEL PRESTAMO:** Una vez que esta solicitud sea ingresada a la Caja, el desistimiento unilateral del préstamo, si se produce antes del pago del mismo, le generará un cargo, en concepto de gasto administrativo, igual al valor de dos módulos recaudadores. Si el desistimiento se produjera luego del pago del préstamo, deberá devolver la misma suma que solicitó, sin descuento alguno, en el plazo de 30 días de efectivizado el pago, bajo apercibimiento de considerarse el préstamo vigente. En todos los casos el desistimiento debe ser expresado por escrito con firma del Afiliado y se tomará como fecha válida del mismo la fecha de su ingreso a la Caja. Los gastos administrativos aquí referidos serán descontados directamente de los haberes previsionales del Afiliado jubilado solicitante, consintiendo el mismo en un todo dichos descuentos.

**DOCUMENTACION NECESARIA:** El presente préstamo solo será abonado a través de depósito en cuenta bancaria, por lo que debe acompañar a la presente solicitud una **C.B.U. (Clave Bancaria Uniforme) de titularidad del Afiliado solicitante**, del Banco donde tenga la cuenta en la que desea el depósito del préstamo, **donde deben verse claramente los datos del afiliado, del banco y de la cuenta**, la misma puede ser impresa de Cajero Automático o Homebanking, **firmada y sellada por el Afiliado solicitante**. Esta documentación es necesaria por más que sea la cuenta en la que la Caja le deposita la jubilación.

**PRESENTACION DEL TRAMITE:** **El trámite reviste una modalidad mixta**, pudiendo ingresarse la presente solicitud en forma digital pero debiendo luego el Afiliado jubilado firmar en formato papel el contrato correspondiente. A los efectos del envío de esta solicitud la misma deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: **tramitesonline@cajaodo.org.ar**. El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la Institución, será rechazado y el trámite se tendrá por no presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

**CONSTITUCION DE DOMICILIO ELECTRONICO:** **El Afiliado jubilado constituye como domicilio electrónico el correo electrónico indicado anteriormente en esta misma solicitud, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas.** Se compromete por la firma de esta solicitud a revisar diariamente la bandeja de entrada de su correo electrónico, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepta asimismo que las notificaciones dirigidas a su domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

**CONSTITUCION COMO DEPOSITARIO DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA:** El Afiliado jubilado solicitante manifiesta que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica su firma rubricada al pie del presente. Acepta convertirse en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Asimismo declara bajo juramento que se le ha indicado, entiende y acepta que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la baja del préstamo, considerando la totalidad del mismo como de plazo vencido y exigible, y las sanciones que oportunamente determine el Directorio de la Institución. Acepta que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico que ha constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificará su firma frente a personal de la Caja. Declara que la firma en el formulario correspondiente le pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de sus facultades mentales, responsabilizándose personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja. Se le ha informado y acepta que: La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos o se encontraren borrosos o ilegibles. La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

**FIRMA DEL CONTRATO (EN CASO DE APROBACION DE LA SOLICITUD):** A los efectos de la firma del contrato, en caso de ser aprobada la solicitud y cuándo le sea notificado vía correo electrónico al Afiliado jubilado solicitante que el mismo está disponible, deberá acudir a la delegación de distrito de trámite elegida en este formulario, **con su DNI** y firmar el contrato en presencia del personal de la delegación a fin que el mismo certifique su firma e identidad. En caso de no poder acudir a firmar el contrato al Distrito el Afiliado jubilado, entonces deberá

hacer certificar su firma en dicho contrato por Escribano Público, Registro Público de Comercio o Juez de Paz de la Provincia de Buenos Aires y remitir el contrato junto con dicha certificación en original en forma personal o vía correo postal a la sede central de la Caja sita en calle 55 N° 740 de La Plata, C.P. 1900, dirigido a Mesa de Entradas Caja de Odontólogos. En caso de remitirlo por correo postal se aconseja utilizar un medio que le permita confirmar que recibimos la documentación ya que la Caja no se responsabiliza por el extravío de la misma que pueda ocurrir a causa del servicio de correo elegido.

**FORMA DE PAGO DEL PRESTAMO:** En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, el Afiliado jubilado solicitante declara bajo juramento que se le ha informado debidamente que la forma de pago es exclusivamente a través de transferencia a una cuenta bancaria de su titularidad, debiendo acompañar constancia de C.B.U., inclusive si se trata de la cuenta en la que la Caja le abona la jubilación. En caso de no contar con una cuenta propia, entiende y acepta que no podrá solicitar la transferencia a una cuenta de un tercero, sin importar el vínculo familiar o personal que lo una con el mismo. De no contar con una cuenta bancaria, el Afiliado realizará las gestiones necesarias para obtener la apertura de una nueva cuenta. El Afiliado entiende y acepta que la demora en la tramitación de la apertura por tiempos imputables a la entidad bancaria o a sus motivos personales, no son atribuibles a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires. Entiende asimismo que la denuncia de datos bancarios de una cuenta que no le pertenezca implicará el rechazo de la transferencia, lo que será informado al domicilio electrónico constituido en este formulario. Al efecto de percibir el préstamo si el mismo fuera aprobado y le correspondiera, denuncio los siguientes datos bancarios, los que declaro bajo juramento. El Afiliado expresamente se responsabiliza por cualquier error o falsedad que pueda existir en los datos denunciados, desligando de cualquier tipo de responsabilidad al respecto a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires.

**DATOS BANCARIOS DENUNCIADOS:**

Apellido y Nombre del titular de la cuenta:  
.....

Número de C.U.I.L./C.U.I.T. del titular de la cuenta:  
.....

Nombre completo del Banco:  
.....

Tipo de Cuenta (indique en la casilla la opción correspondiente):

1) Caja de Ahorro

2) Cuenta Corriente

---

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE