



SOLICITUD DE PRESTAMO PERSONAL AFILIADOS ACTIVOS

LUGAR y FECHA: de 20.....

El que suscribe inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N°, con domicilio real en la calle, N°, Piso:, Dpto:....., Teléfono celular.....

Correo Electrónico..... **(no se recibirá solicitud alguna sin indicación de correo electrónico)**, de la Localidad de, se dirige al/a la señor/a Presidente refiriendo que, de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento de Préstamos, viene a solicitar la concesión de un **Préstamo Personal por la suma de \$..... (pesos.....)** con amortización en cuotas mensuales, con tasa de interés variable. Que conoce y consiente 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 se somete. Que, asimismo, declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio activo de la profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y sus reglamentaciones, y que su patrimonio personal está compuesto de la siguiente forma:

AUTOMOTORES: Marca: Modelo: N° Motor: Patente: Valor estimativo: ¿Tiene Prenda?: SÍ - NO (Tachar lo que no corresponda), Monto de la prenda en la actualidad:.....-

INMUEBLES: Ubicación. Calle: N°: Piso: Dpto.: Localidad: Inscripción en el Registro de la Propiedad N°: Valor estimativo: ¿Tiene Hipoteca? SI - NO (Tachar lo que no corresponda), Monto de la hipoteca en la actualidad:-

DATOS DE LOS CO-DEUDORES

1º CO-DEUDOR) Apellido y Nombres: inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N°, con domicilio real en la calle:, N°....., Piso:, Dpto:, Teléfono celular:, **Correo Electrónico**.....

(no se recibirá solicitud alguna sin indicación de correo electrónico), de la Localidad de se constituye en **codeudor solidario y principal pagador del Afiliado solicitante, renunciando al beneficio de excusión y división de bienes, manifestando que conoce y consiente 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, a cuyas estipulaciones se somete y declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio de la profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y que su patrimonio personal está compuesto de la siguiente forma:**

AUTOMOTORES: Marca: Modelo: N° Motor: Patente: Valor estimativo:

..... ¿Tiene Prenda?: Sí - NO (Tachar lo que no corresponda)

Monto de la prenda en la actualidad:.....-

INMUEBLES: Ubicación. Calle:, N°:, Piso:, Dpto.:, Localidad:, Inscripción en el Registro de la Propiedad N°:, Valor estimativo:- ¿Tiene Hipoteca? SI - NO (Tachar lo que no corresponda), Monto de la hipoteca en la actualidad:

2º CO-DEUDOR) Apellido y Nombres:

inscripto en la Caja de Seguridad Social para Odontólogos bajo el N° con domicilio real en la calle:, N°....., Piso:, Dpto:, Teléfono celular:

Correo Electrónico..... (no se recibirá

solicitud alguna sin indicación de correo electrónico), de la Localidad de

se constituye en **codeudor solidario y principal pagador**,

renunciando al beneficio de excusión y división de bienes, manifestando que conoce y

consiente en un todo los términos y alcances del Reglamento de Préstamos,

incluyendo las modificaciones que se hayan hecho a la fecha de la presente, a cuyas

estipulaciones se somete y declara bajo juramento encontrarse en el ejercicio de la

profesión en los términos de la Ley 8.119 y sus modificatorias y de la Ley 12.754 y que

su patrimonio personal está compuesto de la siguiente forma:

AUTOMOTORES: Marca:, Modelo:,

N° Motor:, Patente: Valor

estimativo: ¿Tiene Prenda?: Sí - NO (Tachar lo que no

corresponda) Monto de la prenda en la actualidad:.....-

INMUEBLES: Ubicación. Calle: N°: Piso:

..... Dpto.: Localidad:

Inscripción en el Registro de la Propiedad N°: Valor

estimativo: ¿Tiene Hipoteca? SI - NO (Tachar lo que no corresponda),

Monto de la hipoteca en la actualidad:

DOCUMENTACION NECESARIA: Debe acompañar a la presente solicitud una **C.B.U. (Clave Bancaria Uniforme) de una cuenta de titularidad del Afiliado solicitante, donde deben verse claramente los datos del Afiliado, del Banco y de la cuenta** en la que desea el depósito del préstamo, puede ser impresa de Cajero Automático o Homebanking, **firmada y sellada por el Afiliado solicitante.**

PRESENTACION DEL TRAMITE: **El trámite reviste una modalidad mixta**, pudiendo

ingresarse la presente solicitud en forma digital pero debiendo luego el Afiliado y sus co-

deudores 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.

CONSTITUCIONES DE DOMICILIOS ELECTRONICOS: **El Afiliado y sus Co-Deudores**

constituyen como domicilio electrónico el correo electrónico indicado anteriormente

por cada uno 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 comprometen por la firma de esta solicitud a revisar diariamente la bandeja

de entrada de sus correos electrónicos, 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. Aceptan

asimismo que las notificaciones dirigidas a sus domicilios electrónicos serán fehacientes y

válidas.

CONSTITUCION COMO DEPOSITARIO DE LA DOCUMENTACION PRESENTADA: El Afiliado solicitante y sus co-deudores manifiestan que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténticas las firmas rubricadas al pie del presente. Aceptan convertirse en depositarios 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 declaran bajo juramento que se les ha indicado, entienden y aceptan que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el Directorio de la Institución. Aceptan que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico que han constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificarán su firma frente a personal de la Caja. Declaran que las firmas en los formularios correspondientes les pertenecen y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de sus facultades mentales, responsabilizándose todos personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja. Se les ha informado y aceptan 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 encontraran 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 les sea notificado vía correo electrónico al Afiliado solicitante y a sus co-deudores que el mismo está disponible, deberán acudir a la delegación de distrito de trámite correspondiente, **cada uno 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 o sus co-deudores entonces deberán 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 dichas certificaciones en original, en forma personal o por 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 les 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 APROBACION DE LA SOLICITUD): En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, el Afiliado 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. 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, realizará las gestiones necesarias para obtener la apertura de una nueva cuenta. 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 que la denuncia de datos bancarios de una cuenta que no le pertenece implicará el rechazo de la transferencia, lo que será informado al domicilio electrónico constituido en este formulario. Al efecto de percibir el préstamo si le correspondiera, denuncia los siguientes datos bancarios, los que declaro bajo juramento. Expresamente se responsabiliza por cualquier error o falsedad que pueda existir en los mismos, desligando de cualquier tipo de responsabilidad 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

INFORMACION IMPORTANTE. GASTOS ADMINISTRATIVOS POR DESISTIMIENTO:

Una vez que esta solicitud sea ingresada a la Caja, el desistimiento unilateral del préstamo por parte del Afiliado solicitante, si se produce antes del pago del mismo, le generará un cargo al mismo, 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 cargados directamente a la próxima boleta de aportes del Afiliado solicitante, consintiendo el mismo en un todo dichos cargos.

CASO DE CANCELACION DE MATRICULA O JUBILACION POSTERIOR A LA APROBACION DEL PRESTAMO:

En caso que el préstamo sea aprobado y efectivizado y el Afiliado cancele luego su matrícula profesional en Provincia de Buenos Aires se considerará el préstamo como de saldo vencido y la Caja podrá reclamar el total de lo adeudado. En caso que el préstamo sea aprobado y efectivizado y el Afiliado solicite, obtenga y efectivice la Jubilación de la Caja, en cualquiera de sus formas, el préstamo continuará en las mismas condiciones pactadas al solicitarlo y la cuota correspondiente le será descontada de sus haberes previsionales, conociendo y consintiendo el Afiliado por la sola firma de esta solicitud en un todo dichos descuentos.

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA 1º CO-DEUDOR

FIRMA 2º CO-DEUDOR