

FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL CERRADO DE CESANTÍA DE SERVIDORES Y TRABAJADORES PÚBLICOS DE FUERZAS ARMADAS -CAPREMC- **CREDITO ORDINARIO** SOLICITUD DE PRESTAMO N.-

Sr/a. Afiliado/a antes de llenar la solicitud siga las siguientes recomendaciones:

Lea detenidamente el contenido de la toda la solicitud.
Llene con letra clara de imprenta todos los campos requeridos
En los campos de selección marque con una X o visto su respuesta.



Fecha de Presentación

DATOS DEL PRESTAMO

DEUDOR ☐

GARANTE ☐

Monto en dólares	Plazo en meses	Destino del dinero				
		Estudios <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Consumo <input type="checkbox"/>
Para depósito en mi cuenta del		Cuenta Actualizada Ahorros #		Cuenta Actualizada Corriente #		
BANCO PICHINCHA						
BANCO RUMINAHUI						
OTRO:						
RETIRA CHEQUE.....						

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres Completos:				No. de Cédula	
Género		Fecha de nacimiento		Estado Civil	
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Día: Mes: Año:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
			Divorciado <input type="checkbox"/>	Unión Libre: <input type="checkbox"/>	
Separación de bienes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Cargas familiares: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuántas?		
Dirección exacta del domicilio					
Provincia		Cantón		Parroquia	
Barrio y/o sector			Ciudadela y/o conjunto / Etapa / Manzana		
Calle		Número	Intersección		
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Anticresis <input type="checkbox"/> Vive con Familiares <input type="checkbox"/> Otra:				Su vivienda está hipotecada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tiempo de residencia años		Si no tiene vivienda propia nombre y número telefónico del propietario:			
Referencia de la dirección del domicilio:					

Números telefónicos:					
Casa:	Celular:	Trabajo:	Ext.	Mode:	
Dirección electrónica:		Nivel educativo: Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>			
Referencia Familiar que no viva con Ud.		Parentesco		Número telefónico	
Referencia Personal		Relación		Número telefónico	

DATOS LABORALES

Institución o Empresa:		Provincia	Cantón
Parroquia		Número	Intersección
Calle		Cargo Actual	

Información Económica					
Ingresos Mensuales		Valor en dólares	Gastos Mensuales		Valor en dólares
Sueldo Total			Cuota del Préstamo Ordinario CAPREMECI		
Arriendos			Cuota del Préstamo ÁGIL CAPREMECI		
Honorarios Profesionales			Cuotas de Otros Prestamos		
Comisiones			Cuotas de Prestamos con el IESS		
Horas Suplementarias			Arriendo		
			Alimentación		
			Estudios		
			Pago Servicios Básicos		
Otros ingresos (detalle)			Pago Tarjetas de Crédito		
			Afiliación a Cooperativas		
			Ahorro		
			Impuesto a la Renta		
			Otros (detalle)		
Total de Ingresos Mensuales:			Total de Gastos Mensuales:		
DATOS DEL CÓNYUGE O PAREJA					
Apellidos y Nombres Completos:				No. de Cédula	
Género		Fecha de nacimiento	Vive en la residencia del afiliado		Números Telefónicos
M	F	Día: Mes: Año:	SI NO		
Actividad económica del cónyuge					
Ama de Casa		Empleado público	Empleado privado	Libre ejercicio profesional	Independiente
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jubilado					
<input type="checkbox"/>					
<p>"Declaro y me responsabilizo que toda la información en esta solicitud es correcta. Así mismo, expresamente autorizo que se obtenga de cualquier fuente de información referencias relativas a mi comportamiento crediticio, manejo de mi(s) tarjeta(s) de crédito, etc., y en general al cumplimiento de mis obligaciones, así como confiero mi autorización expresa para obtener, procesar, reportar y suministrar cualquier información de carácter crediticio, financiero y comercial a cualquier central de información debidamente constituida. Adicionalmente autorizo que se proporcione y obtenga cualquier información de carácter crediticio, financiero y comercial que requiera un tercero interesado en adquirir cartera respecto a la cual sea (nos) obligados principales o garantes. Los valores que estoy (amos) solicitando sean financiados, van a tener un destino lícito y no serán utilizados en ninguna actividad que esté relacionada con el cultivo, producción, transporte, tráfico, etc., de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.</p> <p>Autorizo a ustedes y a las autoridades competentes para que se realice la verificación de esta información (Circular SB-91-336). Declaro(amos) bajo juramento que los fondos utilizados para pagar la obligación crediticia tienen origen lícito, no provienen ni provendrán de ninguna actividad prohibida por la ley, ni son fruto del tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, ni de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos. En consecuencia asumimos cualquier tipo de responsabilidad civil y penal por la veracidad de esta declaración."</p>					
Nombres del Solicitante o Garante:				Firma:	

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE ROL DE PAGOS

Yo, _____,
con cédula de ciudadanía No. _____, en mi calidad de Servidor
Público, Funcionario, Empleado, Trabajador u Otro, de Fuerzas Armadas en: Fuerza o
Entidad Patronal: _____

Declaro expresamente que estoy afiliado al Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMCI", y como tal he venido recibiendo los beneficios que el Fondo otorga.

Por lo tanto, AUTORIZO e INSTRUYO expresa, irrevocable e indefinidamente, a mi empleador _____ que proceda con el descuento de mi Remuneración u Otros Ingresos, los valores correspondientes a las Aportaciones, Cuotas de Préstamos, Intereses de mora, Acreditaciones Indebidas, Prestaciones, Servicios Recibidos, o por cualquier otra obligación que mantengo (a) con el Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMCI", hasta su total cancelación, sea en calidad de afiliado, deudor y o garante solidario.

Acepto expresa e irrevocablemente que cualquier variación al porcentaje de aportación me será comunicada a través de los Delegados a la Asamblea General, o por cualquier otro medio que el Fondo defina para el efecto.

En _____, a los _____ Días del mes de _____ Del 2.....

Declaro que la firma que estampo en este documento es la mía propia y que la utilizo en todo acto público o privado.

Atentamente,

AFILIADO

AUTORIZACIÓN DE DÉBITOS AUTOMÁTICOS

Señores: Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI"

Yo, _____, con cédula de ciudadanía No. _____.

AUTORIZO E INSTRUYO expresa, irrevocable e indefinidamente a ustedes a ordenar, en mi nombre y representación, el (los) débito (s) de mi (s) cuenta (s):

Corriente Ahorros No.: _____

Corriente Corriente No.: _____

que mantengo en el Banco _____, en adelante simplemente denominado "el Banco", por aportaciones, cuotas de préstamos, intereses de mora, acreditaciones indebidas, prestaciones, servicios recibidos, o por cualquier otra obligación que mantengo (a) con el Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI", hasta su total cancelación, sea en calidad de afiliado, deudor y o garante solidario.

Los valores correspondientes a las obligaciones que mantengo (a) con el Fondo serán debitados hasta la total cancelación de las mismas, y acreditados a la cuenta que el Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI" designe.

Me comprometo a mantener los fondos suficientes en mi (s) cuenta (s) referida (s), a fin de cubrir los valores cuyos débitos autorizo a través de este instrumento, y autorizo a debitar de mi cuenta la comisión o costo que el Banco _____ estipule en sus tarifarios vigentes por efecto de la prestación de servicio de intermediación de cobranza, así como también el valor resultante por cualquier modificación que a futuro se estableciere a dicho costo y que se incluya en el respectivo tarifario, valores que me obligo a pagar al Banco y autorizo debitar de mi cuenta corriente o de ahorros antes referida, durante todo el tiempo que subsista la prestación del mencionado servicio, y asumir cualquier tipo de impuesto que se causare.

Cualquier instrucción tendiente a revocar esta autorización de débito, me obligo a presentarla al Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI" con al menos 30 días calendario de anticipación, y autorizo a este para que lo trámite ante el Banco, siempre y cuando me encuentre al día en mis obligaciones para con el Fondo.

De igual manera dejo constancia que este procedimiento no constituye embargo ni retención arbitraria alguna, por obedecer a mi expreso consentimiento para el fiel cumplimiento de mis obligaciones con el Fondo.

Eximo al Banco de toda responsabilidad por los pagos que efectúe al Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI" en virtud de la presente Autorización de Débito, por lo que renuncio a presentar, por este concepto, cualquier acción legal, jurídica o extrajudicial en contra del Banco.

En _____, a los _____ Días del mes de _____ Del 2.....

Firma afiliado

Por el Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas "CAPREMRI"

**CONTRATO DE ADHESIÓN AL FONDO COMPLEMENTARIO PREVISIONAL
CERRADO DE CESANTÍA DE SERVIDORES Y TRABAJADORES PUBLICOS DE
FUERZAS ARMADAS-CAPREMCI.**

PRIMERA.- COMPARECIENTES.- Comparecen a la suscripción del presente CONTRATO DE ADHESIÓN por una parte, el señor(a) _____, por sus propios y personales derechos, en adelante se le denominará como el PARTÍCIPE, y por otra parte, el Fondo Complementario Previsional Cerrado de Cesantía de Servidores y Trabajadores Públicos de Fuerzas Armadas -"CAPREMCI" representado legalmente por su Representante Legal, en adelante se le denominará como el FONDO.

SEGUNDA.- ANTECEDENTES.-

2.1. El Fondo es una entidad de derecho privado, sin fines de lucro y de beneficio social, regulado por la Ley de Seguridad Social y controlado por la Superintendencia de Bancos, administrado bajo el régimen de contribución definida con un sistema de financiamiento de capitalización, en el cual cada uno de los partícipes tiene su cuenta individual.

2.2. El PARTÍCIPE es una persona natural, dependiente civil de una de las Entidad Patronales relacionadas con las Fuerzas Armadas del Ecuador, capaz de afiliarse y ser parte del FONDO.

TERCERA.- ADHESIÓN.- Con los antecedentes expuestos, el PARTÍCIPE se adhiere voluntaria y expresamente al FONDO y por lo tanto, dispone expresa, voluntaria e irrevocablemente que el aporte personal para la constitución de su Cuenta Individual sea el 7% ☐ o 9.1% ☐ de su Remuneración Mensual Unificada (RMU). El PARTÍCIPE autoriza e instruye al FONDO que este valor sea debitado mensual y prioritariamente de su rol de pagos, o de la cuenta de ahorros del Banco

_____. N° _____ valor que debe ser recaudado y transferido, inmediatamente a la cuenta corriente del Banco General Rumiñahui N°8000589904 del FONDO.

Por su parte, el FONDO acepta la adhesión del PARTÍCIPE y se compromete en otorgar los beneficios y servicios que éste oferta, en las mismas condiciones que el resto de PARTÍCIPEs del FONDO, siempre y cuando el PARTÍCIPE se encuentre al día en el cumplimiento de sus obligaciones económicas para con el FONDO.

CUARTA.- DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PARTÍCIPE.- Se establecen en los artículos 8 y 9 del Estatuto Vigente.

QUINTA.- CONFORMACIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL.- Las cuentas de capitalización individual están conformadas por el aporte personal del PARTÍCIPE más sus rendimientos; el voluntario adicional, de ser el caso y sus rendimientos; y el aporte patronal y sus rendimientos alcanzados por las inversiones privativas y no privativas del FONDO en su conjunto.

SEXTA.- RECONOCIMIENTO DE RENDIMIENTOS.- Los rendimientos que correspondan a la cuenta de la capitalización de los PARTÍCIPEs serán registrados después del cierre del periodo fiscal.

SÉPTIMA.- RECONOCIMIENTO DE LA CESANTÍA.- La CESANTÍA que el FONDO ofrece, será entregada a favor del PARTÍCIPE, cuando se cumplan una de las siguientes condiciones:

7.1 Haber cesado en sus funciones laborales definitivamente en las Entidades dependientes y adscritas de las Fuerzas Armadas a las que pertenezcan;

7.2 Fallecimiento;

OCTAVA.- PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE LA CESANTÍA.- Será aquel determinado en el Estatuto vigente y en los respectivos reglamentos del FONDO.

NOVENA.- INFORMACIÓN DE CUENTA INDIVIDUAL.- Toda la información financiera relativa al Fondo y a la situación de cada cuenta individual se encuentra a disposición del afiliado en la página web institucional y excepcionalmente por escrito.

DÉCIMA.- DE LA DESAFILIACIÓN VOLUNTARIA.- Es un derecho del PARTÍCIPE y se sujetará a los requisitos y condiciones previstos en el Estatuto vigente y en los respectivos reglamentos del FONDO y a las normas expedidas por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera.

DÉCIMA PRIMERA.- DECLARACION DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL ESTATUTO DEL FONDO.- El PARTÍCIPE declara que conoce y entiende las disposiciones establecidas en el Estatuto y Reglamentos del FONDO, sus derechos y obligaciones, y por lo tanto las ACEPTA expresa e incondicionalmente.

DÉCIMA SEGUNDA.- DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.-

Las controversias que se generen entre los partícipes y la administración del Fondo, relacionadas a derechos y obligaciones, se someterán a la resolución de la Asamblea General de Representantes.

En la ciudad de _____, a los ____ días del mes de ____, del año 20....., las partes suscriben el presente Contrato por duplicado.

Firma del Partícipe
C.C. _____

Ing. Stephany Zurita Cedeño
Representante Legal
"CAPREMCI"