

**COPAC**

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

C.I.: _____ Trabajo: _____ N° Cobro: _____

Nombre: _____
Domicilio: _____ Secc. policial: _____
Localidad: _____ Departamento: _____
Tel. particular: _____
Tel. de referencia: _____ Celular: _____ E-mail: _____
Facebook: _____
Fecha de nac.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Trabajo

Nombre: _____
Teléfono: _____
Cargo: _____ Fecha de ingreso: _____

Otro trabajo

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

Cónyuge / Concubino

Nombre: _____ Teléfono: _____
C.I.: _____

Solicito mi afiliación a COPAC, declarando conocer y aceptar todos los términos de los Estatutos Sociales, y de los reglamentos internos vigentes, y prometiendo cumplir con ellos, acatar sus disposiciones así como las resoluciones de la Asamblea General de Delegados. Asimismo, y mediante el presente, solicito los servicios que se enumeran en la parte final del presente documento, los que contrataré mediante la suscripción de los servicios que NO deseo contratar.

Hago constar que conozco y acepto cada uno de los componentes que integran la cuota social y los servicios que se incluyen en la misma, así como mis derechos y obligaciones al respecto. Integraré cuotas mensuales de \$ _____, a los planes de ahorro sistemático, desde el presupuesto del mes de _____ de 20 _____, autorizando voluntariamente la retención por el importe total de la **cuota social** así como las cuotas que correspondieran por amortización de préstamos y las demás obligaciones asumidas con la cooperativa en un todo de acuerdo con los contratos efectivamente celebrados y/o títulos valores debidamente suscritos, directamente de mis retribuciones salariales, todos mis haberes o ingresos, pasividades y/o pensiones. Dicha autorización comprende la de afectar TODOS los ingresos (cualquiera sea su naturaleza) provenientes de cualquier actividad por mi desarrollada, incluido sueldo anual complementario entre otros, así como también cualquier ingreso proveniente de mi calidad de pensionista, retirado o jubilado, respetando la normativa vigente en particular las leyes 13.988, 15.890, 17.829, 17.691, 18.358, 18.407, 19.210, 19.536, el decreto 429/004, normas reglamentarias, complementarias, concordantes y modificativas. Sin perjuicio de lo anterior, ratifico mi obligación de cancelar todos los pagos debidos a COPAC por mí, aún en el caso de que por cualquier motivo no fuera posible o no se realizara la retención aquí autorizada. COPAC podrá habilitar otros mecanismos y medios de pago diferentes a la retención de haberes, para que cancele mis obligaciones asumidas por concepto de préstamos u otras deudas que haya contraído con COPAC, los cuales se registrarán por lo establecido en los contratos, acuerdos o documentos correspondientes.

Asimismo, declaro reconocer que serán de mi cargo todos los gastos judiciales o extrajudiciales en que incurra COPAC para la ejecución de mis obligaciones.

En conocimiento del Art. 347 del Código Penal, declaro bajo juramento que todos los datos consignados en este formulario son reales y correctos; obligándome a informar a COPAC cualquier cambio que ocurra en mi situación; por ejemplo la pérdida mi calidad de trabajador activo y pasaje a retirado o jubilado, cambio de empleador, entre otros; en un plazo máximo de 15 días a partir de la efectivización de dicho cambio. En oportunidad de informar dicho cambio, me obligo a proporcionar a COPAC toda la información que ésta entienda necesaria para continuar con la retención. El incumplimiento de la obligación anteriormente referida habilita a COPAC a exigir el pago del saldo total adeudado de forma directa. En tal sentido, dichas comunicaciones las haré a través de alguno de los siguientes medios: Correo electrónico a la siguiente dirección:

servicio0800@copac.com.uy, **Fax:** 08005950, **Teléfono:** 29085950, **Vía Web:** www.copac.com.uy

Asimismo, declaro que soy titular de la cuenta bancaria _____ en el banco _____, autorizando a COPAC en forma irrevocable a que se me realicen pagos y cobros en dicha cuenta bancaria, obligándome a través de los medios descriptos ut-supra a notificar a COPAC cualquier cambio relativo a ella.

A efectos de que COPAC proceda a recabar mis datos personales para incluirlos en su base de datos en cumplimiento y con conocimiento de la Ley 18.331, presto mi libre consentimiento para su obtención y transferencia, estando informado previamente del alcance y utilización que de los mismos realizara COPAC. Consiento también para que los datos proporcionados sean utilizados por la Cooperativa con fines promocionales, de publicidad y gestión. Fui informado de que dispongo de un servicio gratuito de atención al socio directamente en las oficinas de COPAC o a través del 29085950

En este acto fui debidamente NOTIFICADO y CONSIENTO EXPRESAMENTE que ante el incumplimiento en el pago de las cuotas de capitalización, será pasible de suspensión o exclusión conforme al Estatuto Social (Artículo 13) y los Reglamentos Internos de COPAC. Es de mi obligación verificar el cumplimiento de todos los compromisos asumidos con la Cooperativa.

Podré desistir de mi calidad de Socio de COPAC, rescindiendo todo vínculo con esta, en cualquier momento previo pago de todos los montos que deba por concepto de cuotas sociales, debiendo a tal fin notificar a COPAC mi intención de rescindir el vínculo social con una comunicación previa con 10 días de antelación a través de un medio fehaciente. Los montos que deba por otros conceptos, como por ejemplo préstamos, deberán ser cancelados de acuerdo a lo establecido en los contratos, acuerdos o documentos correspondientes.

Servicios No Financieros: Deseo contratar todos aquellos servicios que se enumeran a continuación y que no se especifica seguidamente su negativa al mismo mediante una cruz en el cuadrado a su izquierda:

<input type="checkbox"/>	Acceso a garantía de alquiler	<input type="checkbox"/>	Servicio de cremación	<input type="checkbox"/>	COPAC Familia	<input type="checkbox"/>	Familia Protegida
<input type="checkbox"/>	Fondo de servicio fúnebre	<input type="checkbox"/>	Servicio de acompañante	<input type="checkbox"/>	Seguro de accidente SANCOR		

Por COPAC (firma y sello): _____
de _____ 20 _____

Firma del solicitante: _____

Socio Presentador C.I.: _____ Nombre completo: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Trabajo _____
Celular: _____ E-mail: _____
Firma: _____

NOTA: Este formulario debe presentarse en oficinas de COPAC acompañado de la fotocopia de la Cédula de Identidad, último Recibo de Sueldo o constancia del mismo, y Constancia de Domicilio (recibo de UTE, OSE, etc.)