



## **CARTA PODER**

En mi carácter de beneficiario de esa Caja Complementaria, otorgo por el presente poder, plena conformidad a que el apoderado por mi designado, en mi nombre y representación, tenga la facultad para suscribir recibos (Siempre acompañando el certificado de supervivencia del titular) y demás documentación que esa Caja Complementaria exija o pueda exigir, declarando que el presente Poder quedara subsistente, sin restricción alguna, hasta tanto presente ante la Caja Complementaria la revocación expresa del mismo, sin cuyo requisito se deberá tener por válido este poder. Cabe destacar que asumimos en forma conjunta con el apoderado que designo es este acto firmando éste de conformidad, el compromiso expreso de informar en un plazo de 48 horas a esa Caja Complementaria cualquier circunstancia que determine el cese del beneficio previsional dispuesto por el A.N.Se.S. o A.F.J.P.

De darse eventualmente impedimento personal para percibir mi beneficio o complemento en la Institución bancaria, el firmante o mi apoderado, nos obligamos a comunicar en un plazo de 48 horas tal circunstancia a esa Caja Complementaria.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Carpeta: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Beneficiario:** Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_

**Apoderado:** Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Adjuntar fotocopia del Documento de Identidad del apoderado

.....  
Firma del Beneficiario

.....  
Firma del Apoderado