



**CARTA PODER**

Lugar ..... Fecha .....

AL SEÑOR/A PRESIDENTE/A DEL INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES.

De acuerdo con lo dispuesto en el Acta Convenio con las Entidades Apoderadas, aprobada por Resolución N° 133, de fecha 16-12-2022, por la presente CARTA PODER autorizo a **Sociedad Militar “Seguro de Vida” Institución Mutualista**, para que cobre y perciba mensualmente el importe de los haberes que por todo concepto me correspondan ante esa Institución, así como para la recepción y/o conformación de los pertinentes recibos.

Declaro conocer que la percepción de mis haberes por parte de la ENTIDAD produce el efecto cancelatorio del pago, por lo que una vez producido nada podré reclamar al INSTITUTO respecto de los montos entregados.

“LA ENTIDAD APODERADA” queda expresa e irrevocablemente autorizada a revertir las acreditaciones realizadas en concepto de haberes cuando exista instrucción expresa de EL INSTITUTO invocando la existencia de error, a condición que tales haberes se encuentren intactos en mi cuenta personal.

Declaro asimismo que la vigencia de CINCO (5) años del presente poder comenzará a regir desde el día ..... de ..... de.....

Grado: ..... Nombre y Apellido:.....

Situación de revista: ..... Documento de Identidad:.....

Teléfono particular:..... Domicilio: .....

Celular: ..... Correo electrónico: .....

- PARA PENSIONISTAS (Causante de la Pensión) Apellido y Nombres (completos): .....

\* Es responsabilidad del beneficiario poderdante comunicar fehacientemente y con celeridad al INSTITUTO DE AYUDA FINANCIERA PARA PAGO DE RETIROS Y PENSIONES MILITARES cualquier novedad o inconveniente significativo que pudiera surgir con relación al cobro autorizado y/o al mandato que se otorga por la presente carta poder.

.....  
Firma del beneficiario  
(poderdante)

.....  
Firma de la autoridad certificante