

SOCIEDAD MILITAR SEGURO DE VIDA

Institución Mutualista

Fundada en 1901

MANDATO

Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires



MATRÍCULA:

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

A Sociedad Militar “Seguro de Vida” Institución Mutualista

De acuerdo con lo dispuesto en el Acta Convenio con las Entidades Apoderadas, aprobado por **Resolución N° 133**, de fecha 16-12-2022 y la Adenda al mismo, suscripta el 28 de junio del año 2024, por el presente autorizo a

..... DNI N°....., para que disponga en mi nombre de los fondos provenientes de los haberes que por todo concepto me correspondan percibir y que fueran liquidados y abonados por el I.A.F.P.R.P.M. Esta autorización mantendrá su vigencia hasta que el mandante exprese su voluntad de revocarla o reemplazarla.

<u>DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO</u>	
Nombre y Apellido:	
Grado:	
D.N.I.:	
Situación de Revista:	
Domicilio:	
Correo electrónico:	
Teléfono particular:	
Teléfono celular:	
<u>DATOS PERSONALES DEL APODERADO</u>	
Domicilio:	
Correo electrónico:	
Teléfono particular:	
Teléfono celular:	

IMPORTANTE: Me notifico que tanto el fallecimiento del mandante como su declaración de muerte presunta, la pérdida de capacidad o la declaración de quiebra del mandante o mandatario, extinguen instantáneamente el mandato conforme lo normado por el art. 380 del Código Civil y Comercial de la Nación. Por ello, me comprometo bajo juramento a no realizar extracción de fondos provenientes de haberes con base en el mandato otorgado para el caso que el mismo se encuentre extinguido. De realizarlos podrán imputarse al MANDATARIO (apoderado) a título personal.

Por último, asumo la responsabilidad y me comprometo a informar a la Mutual respecto de cualquier circunstancia que pudiera afectar la validez y vigencia del mandato recibido, tanto por correo postal Av. Córdoba 1674, C1055AAT, C.A.B.A. y/o correo electrónico a la dirección **haberes@smsv.com.ar**.

Firma del Beneficiario
(Poderdante)

Firma de la Autoridad certificante

Firma del Apoderado