

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 Entidades Apoderadas, aprobado por la Resolución N° 68, de fecha 24 de Junio del año 2026, por la presente autorizo a.....DNI N°,

para que disponga en mi nombre de los fondos provenientes de los haberes que por todo concepto me correspondan y que hubieren sido abonados por el I.A.F.P.R.P.M.

Declaro asimismo que este mandato mantendrá su validez mientras dure la vigencia de la CARTA PODER otorgada en favor de la Entidad, o hasta su revocación por mi parte o demás causales previstas en el Código Civil y Comercial de la Nación.

<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 MANDATARIO</u>
Domicilio:
Correo electrónico:
Teléfono particular:
Teléfono celular:

IMPORTANTE: En mi carácter de mandatario 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 Mandatario