



SOCIEDAD MILITAR “SEGURO DE VIDA”

FUNDADA EN 1901

INSTITUCION MUTUALISTA

Avenida Córdoba 1674 – (C1055AAT) Buenos Aires

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° 10684, de fecha 29-10-2015, 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, y declaro que la vigencia de CINCO (5) años del presente poder comenzará a regir desde el día de del

.....
Firma del beneficiario poderdante.

.....
Firma de la autoridad certificante

Grado:

Documento de Identidad:.....

Nombre y Apellido:

Domicilio:

Correo electrónico:

Teléfono particular:

Celular:

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.