



FOLIO N° : _____

FECHA : _____

CARTA PODER CAPREDENA

Fiscalía

1.- IDENTIFICACION DEL PENSIONADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
R.U.T.:	TELEFONO	Clase	Cuenta	S/C	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
EMAIL					
<input type="text"/>					
DIRECCION CALLE		NUMERO	Depto/Casa	COMUNA	CIUDAD
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SE CONFIERE EL PRESENTE PODER A DON:

2.- IDENTIFICACION DEL APODERADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
R.U.T.:	TELEFONO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
DIRECCION CALLE		NUMERO	Depto/Casa	COMUNA	CIUDAD
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para que por este instrumento y en mi nombre y representación cobre y perciba de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional los siguientes beneficios:

(Tarje los beneficios no autorizados).

Desahucio
Primer Pago
Pensión de Retiro
Pensión de Montepío
Retención Judicial
Pago Directo

Asimismo faculto al mandatario para solicitar, cobrar y percibir los siguientes beneficios:

(Tarje los beneficios no autorizados).

Prestamo de Auxilio
Prestamo de Asistencia Social
Reembolso Medicina Curativa
Cuota Funerales
Devoluciones por cobro indebido

Finalmente el mandatario estará facultado para realizar los siguientes trámites :

(Tarje los beneficios no autorizados).

Obtención de Tarjeta de Medicina Curativa
Ordenes de Atención médica
Solicitud y entrega de certificados
Otros trámites

Seleccione Vigencia

1 Mes
1 Año
2 Años
Especificar N° de meses

Nota: El Notario que autoriza certifica que las facultades conferidas por el pensionado al apoderado son las aquí expresadas

FIRMA DEL PENSIONADO

FIRMA Y TIMBRE NOTARIO

FIRMA DEL APODERADO

ORIGINAL