

PODER PARA PERCIBIR PENSION / CONTINGENCIA COVID 19

En (indicar ciudad)			
A			
	Día	Mes	Año

Comparece don(ña):

Nombre y Apellidos	
Nacionalidad	
Estado Civil	
Cédula Nacional de Identidad	
Número de Celular	
Correo Electrónico	

y expone que viene a otorgar Poder a don(ña):

Nombre y Apellidos (mandatario)	
Cédula Nacional de Identidad	
Domiciliado en	
Ciudad	
Región	
Número de Celular	
Correo Electrónico	

CD117

PODER PARA PERCIBIR PENSION / CONTINGENCIA COVID 19

Para que en mi nombre y representación efectúe en AFP CUPRUM S.A. lo siguiente:

COBRAR Y PERCIBIR MI PENSION DE:					
(MARCAR CON "X" LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)					
Vejez Anticipada		Vejez Normal		Invalidez	

Vía de Pago del mandatario					
(MARCAR CON "X" LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)					
Depósito Cuenta Corriente / Vista		Número Cuenta Corriente		Banco	
Depósito Cuenta De Ahorro		Número Cuenta De Ahorro		Banco	

FIRMA AFILIADO

FIRMA MANDATARIO

UNA VEZ FIRMADO POR AMBAS PARTES, ENVIAR AL MAIL: PAGOBENEFICIOS@CUPRUM.CL, JUNTO CON LA COPIA DE AMBAS CEDULAS DE IDENTIDAD.

TOMO CONOCIMIENTO QUE ESTE PODER ESTA SUJETO A VERIFICACIÓN POR PARTE DE AFP CUPRUM PARA QUE SEA VÁLIDO, PROCESO QUE PUEDE TARDAR HASTA 10 DÍAS HÁBILES.