



Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## AUTORIZACIÓN

Por el presente instrumento, yo \_\_\_\_\_  
Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, autorizo al Servicio de Bienestar  
del S.S.M.C. a depositar los montos obtenidos por pagos de beneficios a mi  
cuenta \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ del Banco \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**QUIEN AUTORIZA**

**Importante:**

**El afiliado de Bienestar debe ser el titular de la cuenta, NO podemos depositar en cuentas de familiares u otros. Si hubiera algún cambio en los datos antes señalados, rogamos informar a la brevedad, ya que este Servicio no se responsabilizará por pagos mal efectuados.**