

AUTORIZACIÓN.

En _____ (ciudad), a _____ (fecha), comparece don _____
_____, cédula nacional de identidad _____ - _____, en
representación de _____, Rut _____ - _____ en
adelante también "LA EMPRESA", ambos domiciliados en _____
_____, y expone:

Que por el presente instrumento autoriza a la CAJA DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR LOS HEROES, Rut: 70.016.330-K, en adelante también "LOS HEROES", para que deposite en la cuenta bancaria de LA EMPRESA, número _____ del Banco _____, las cantidades que, por concepto de saldo a favor de la compensación de asignación familiar, LOS HEROES adeude a mi representada. La autorización comprende la facultad de efectuar los depósitos tanto por vía manual como electrónica, y con las atribuciones suficientes para dar correcto cumplimiento a este encargo.

Liberamos expresamente a LOS HEROES de toda responsabilidad derivada del ejercicio de este encargo, como también de la obligación de rendir cuenta. En caso de cambiar o cerrar la cuenta mencionada, nos obligamos a comunicarlo de inmediato a la mandataria, liberando a LOS HEROES de toda responsabilidad si no lo hiciéramos oportunamente.

Adicionalmente, declaramos que, si se revoca esta Autorización, deberá hacerse por escrito y producirá efectos a contar de los 60 días siguientes de ser comunicado a la mandataria.

Nombre Representante Legal: _____
Razón Social Empresa: _____
RUT: _____

Firma Representante Legal

* La presente autorización debe ser firmada por representante legal registrado en Tarjeta Registro de Firmas vigente en Los Héroes.

DECLARACIÓN DATOS DE CONTACTO.

En la siguiente declaración usted se compromete con entregar la información solicitada de manera fidedigna, autorizando a Los Héroes Caja de Compensación a comunicarle a través de los distintos canales información referente a los depósitos realizados a su empresa.

Empresa: _____

Rut Empresa: _____

Nombre Contacto: _____

Cargo Contacto: _____

Correo Electrónico: _____@_____

Teléfono (fijo/celular): _____

Dirección (Calle): _____

Número: _____

Comuna: _____

Ciudad: _____

Región: _____

Nombre declarante: _____

Nombre de afiliado que proporciona información

Firma declarante