

## Mandato amplio para el retiro de fondos por fallecimiento de un(a) afiliado(a)

Por el presente instrumento, el/la/los/las mandante/s individualizado/a/os/as a continuación:

N°	Nombre	Rut	Dirección	Firma
1				
2				
3				
4				
5				

Expone/n que viene/n a conferir mandato especial pero tan amplio como en derecho se requiera a don(ña) \_\_\_\_\_, cédula de identidad n.º \_\_\_\_\_, en adelante el "mandatario", para que a su/s nombre/s y en su representación tramite la solicitud de retiro de fondos por fallecimiento del afiliado/a don(ña) \_\_\_\_\_, cédula de identidad

n.º \_\_\_\_\_, en conformidad con lo dispuesto en la ley n.º 19.728.

Mediante el presente documento, confiere/n las facultades suficientes para que el mandatario retire, cobre y perciba cualquier suma de dinero que a el/la/los/las mandante/s pudieren corresponderle/s en razón del fallecimiento de el/la afiliado/a indicado precedentemente; así como también aquellas que sean necesarias para dar cumplido término a su mandato, incluidas las de solicitar información, firmar declaraciones, formularios, solicitudes o cualquier otro documento cuya suscripción pudiera serle requerida al efecto, como así también, los documentos, recibidos o cancelaciones que fueren procedentes.

Finalmente, el/la/los/las mandantes/s declara/n que no existen beneficiarios o herederos, según corresponda, con mejor derecho y distinto/s a el/la/los/las individualizado/a/os/as en los antecedentes que presente el mandatario ante AFC Chile para llevar a cabo su mandato

### Importante

- Este mandato no entrega facultades para solicitar, bloquear o desbloquear la clave AFC de acceso a la Sucursal Virtual.
- Para que el mandato sea válido, debe ser otorgado ante Notario Público y debe acompañarse de una copia de la cédula de identidad de cada uno de los mandantes y mandatario. La validación del Notario debe incluir la frase "**Firmó ante mí**" o "**Firmó y ratificó ante mí**".

### Consentimiento y autorización de uso de datos biométricos

Yo el/la firmante, declaro y acepto que AFC Chile valide mi identidad mediante biometría facial, en conformidad con la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo, otorgo consentimiento y autorización expresa para el tratamiento de mis datos biométricos con las siguientes finalidades:

- Corroborar mi identidad a través del análisis de patrones biométricos faciales y la verificación de mi documento nacional de identidad, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, en el contexto del Cobro del Seguro de Cesantía u otros trámites relacionados.
- Conservar el registro de dicha autenticación para ejecutar las acciones necesarias vinculadas a mi solicitud.