

Nº PÓLIZA

DATOS ASEGURADO

NOMBRE	RUT
DE NACIONALIDAD	CIUDAD
DIRECCIÓN	COMUNA

CONFIERO AUTORIZACION A:

DATOS RECEPTOR PAGADO

NOMBRE	RUT
--------	-----

PARA QUE COBRE, RETIRE Y PERCIBA MENSUALMENTE MI PENSION DE RENTA VITALICIA EN LA INSTITUCION QUE CORRESPONDA.

MODALIDAD DE PAGO (adjuntar como respaldo de Nº de Cuenta una fotocopia Cheque o Cartola Bancaria)

- DEPÓSITO CUENTA CORRIENTE
- CREDICHILE
- CUENTA DE AHORRO
- CUENTA RUT

- EFECTIVO SERVIPAG
- PAGO CASH BANCO ESTADO

BANCO

Nº DE CUENTA

Firma Asegurado

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año