

Autorización para Solicitar Ofertas Externas



EuroAmerica

1. DATOS PERSONALES

Yo	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio	
<input type="text"/>	
AFP	Sistema Salud Isapre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorizo a Asesor(a) Previsional Sr(a)	RUT
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Para que solicite ofertas externas a la compañía EuroAmerica S.A.	
<input type="text"/>	
SCOMP N°	
<input type="text"/>	

2. MODALIDADES

Inmediata					
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 240	Con Excedente	<input type="checkbox"/> _____
Diferida					
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 36	Con Excedente	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 240		
RV/RP					
<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 240	Con Excedente	<input type="checkbox"/> _____

3. SE ADJUNTA

<input type="checkbox"/>	Certificado de ofertas SCOMP
<input type="checkbox"/>	Solicitud de Ofertas SCOMP
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de Cédula de Identidad Pensionable (ambos lados)
<input type="checkbox"/>	Otros

Firma Pensionable Solicitante		

Fecha: Día	Mes	Año