



Fecha

Día

Mes

Año

1. DATOS CAUSANTE

Nombre

Nº de Póliza

RUT

2 . PODER SIN EFECTO

Solicito dejar sin efecto el poder otorgado a _____

RUT _____

para que cobrara y percibiera mi pensión mensual de renta vitalicia.

Lo anterior, lo solicito a partir de _____ / _____
(mes) (año)

Firma EuroAmerica

Fecha: Día

Mes

Año

Firma Pensionado

Fecha: Día

Mes

Año