

Rentas Vitalicias

Formulario de Pago y Declaración



Nº PÓLIZA

DATOS PERSONALES DEL PENSIONADO(A) ASEGURADO(A)

NOMBRE		RUT
DOMICILIO		COMUNA
CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR
EMAIL		

SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL

FONASA	ISAPRE (INDIQUE CUÁL)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ADJUNTAR CERTIFICADO DE AFILIACIÓN O COPIA FUN)

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

<input type="checkbox"/> DEPÓSITO CUENTA CORRIENTE	<input type="checkbox"/> (*) EFECTIVO SERVIPAG
<input type="checkbox"/> CREDICHILE	<input type="checkbox"/> (*) PAGO CASH BANCO ESTADO
<input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORRO	(*)Primer pago de pension se realizará en la sucursal de la compañía mas cercana. Desde el segundo pago de pension estara disponible en la entidad pagadora.
<input type="checkbox"/> CUENTA RUT O CUENTA VISTA	
BANCO	
Nº DE CUENTA	

Firma EuroAmerica

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Firma Pensionado

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año