



N° DE PÓLIZA

1. DATOS CAUSANTE

NOMBRE

DE NACIONALIDAD

RUT

TELÉFONO

DIRECCIÓN

COMUNA

CIUDAD

EMAIL

2. CONFIERO AUTORIZACIÓN A:

NOMBRE

3. DATOS RECEPTOR PAGADO

NOMBRE

RUT

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

4. MODALIDAD DE PAGO

DEPÓSITO CUENTA CORRIENTE

CUENTA VISTA

CUENTA RUT

CREDICHILE

EFECTIVO SERVIPAG

PAGO CASH BANCO ESTADO

BANCO

N° DE CUENTA

Firma Pensionado

Fecha: