



Autorización de Cotización Ofertas Externas Scomp AFP

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"/>	Diferida	<input type="checkbox"/>	Renta Vitalicia / Retiro Programado	<input type="checkbox"/>
Modalidad 1	Simple <input type="checkbox"/>	N° Meses Garantizado <input type="text"/>	% Pensión Aumento <input type="text"/>	N° Meses Pensión Aumento <input type="text"/>	Excedente <input type="text"/>
Modalidad 2	Simple <input type="checkbox"/>	N° Meses Garantizado <input type="text"/>	% Pensión Aumento <input type="text"/>	N° Meses Pensión Aumento <input type="text"/>	Excedente <input type="text"/>
Modalidad 3	Simple <input type="checkbox"/>	N° Meses Garantizado <input type="text"/>	% Pensión Aumento <input type="text"/>	N° Meses Pensión Aumento <input type="text"/>	Excedente <input type="text"/>

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