



N° DE PÓLIZA

1. DATOS PERSONALES DEL PENSIONADO(A) ASEGURADO(A)		
NOMBRE		RUT
DOMICILIO		COMUNA
CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR
EMAIL		

2. SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL		
FONASA	ISAPRE (INDIQUE CÚAL)	ADJUNTAR CERTIFICADO DE AFILIACIÓN O COPIA FUN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. MODALIDAD DE PAGO	
<input type="checkbox"/> DEPÓSITO CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> CUENTA VISTA <input type="checkbox"/> CUENTA RUT <input type="checkbox"/> CREDICHILE	<input type="checkbox"/> (*)EFECTIVO SERVIPAG <input type="checkbox"/> (*)PAGO CASH BANCO ESTADO
BANCO	(*)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.
N° DE CUENTA	

Firma EuroAmerica
Fecha:

Firma Pensionado
Fecha: