

N° FOLIO

N° POLIZA

## ANTECEDENTES PERSONALES

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT
------------------	------------------	---------	-----

PEP (PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA)  SI  NO CARGO .....

POSEE VÍNCULO CON UN PEP.  SI  NO RELACIÓN.....

## DATOS DE CONTACTO

DIRECCIÓN	COMUNA	CIUDAD
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	E-MAIL

Autorizo a 4Life Seguros a enviar comunicaciones y toda documentación asociada a mi contrato de seguros por correo electrónico.  
 SI  NO

Esta opción podrá ser modificada en cualquier momento.

## SOLICITUD PARA EL PAGO DE PENSIONES

Solicito que a partir del pago de pensiones más próximo, proceda a efectuar el pago de mi pensión a través del medio designado a continuación:

Pago en efectivo Sucursal Servipag

Depósito en Cuenta Bancaria Personal  
 De acuerdo a lo establecido en la normativa vigente no será posible efectuar depósitos en cuentas bancarias bipersonales

TIPO DE CUENTA: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>	Cuenta Vista <input type="checkbox"/>	Cuenta Rut <input type="checkbox"/>
N° DE CUENTA		BANCO	

**IMPORTANTE:** Agradeceremos escribir correcta y claramente el número de su cuenta bancaria, considerando todos los ceros y guiones utilizados por el Banco, ya que en caso de error el abono de su cuenta no podrá ser efectuado en la fecha de pago de pensiones.

## SOLICITUD DE INSTITUCIÓN PARA EL PAGO DE COTIZACIONES DE SALUD (MARCAR SÓLO LA ALTERNATIVA)

Declaro estar afiliado a la Institución de Salud que se indica a continuación:

<input type="checkbox"/> Fonasa	<input type="checkbox"/> Isapre	INSTITUCIÓN	MONTO DE LA COTIZACIÓN
---------------------------------	---------------------------------	-------------	------------------------

**IMPORTANTE:** Si usted tiene contratado un plan de salud expresado en un monto fijo en pesos o en U.F., deberá adjuntar copia del F.U.N. vigente o carta de afiliación a la Isapre indicada para efectuar el descuento de acuerdo a su contrato. De lo contrario se aplicará el descuento mínimo establecido por la Ley ascendiente al 7% de su pensión imponible. Si usted está modificando su Isapre, deberá adjuntar la carta de desafiliación aceptada por su Isapre anterior.

FECHA  
 / /

RECEPCIONADO POR

FIRMA RESPONSABLE COMPAÑÍA

FIRMA PENSIONADO