

N° FOLIO

N° POLIZA

ANTECEDENTES PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	RUT
PEP (PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CARGO	NACIONALIDAD
POSEE VÍNCULO CON UN PEP. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		RELACIÓN.....	

DATOS DE CONTACTO

DIRECCIÓN	COMUNA	CIUDAD
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	E-MAIL
Autorizo a 4Life Seguros de enviar comunicaciones por correo electrónico. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Esta opción podrá ser modificada en cualquier momento. No reemplaza la información que se debe enviar al domicilio.

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: La fecha de pago de pensión es el día 19 o hábil anterior de cada mes. Agradecemos escribir el número de su cuenta bancaria considerando todos los ceros y guiones utilizados por el banco.

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:

Fonasa **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
--------------	------------------	----------------------------	------------------