

INCIDENTE

SOLICITUD PAGO PERIODO GARANTIZADO

FECHA SOLICITUD _____

N ° POLIZA

1) IDENTIFICACION DEL PENSIONADO FALLECIDO

RUT	NOMBRE	APELLIDOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2) IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE

RUT	NOMBRE	APELLIDOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

TELEFONO CELULAR

DOMICILIO

COMUNA CIUDAD

RELACIÓN E-MAIL

3) FORMA DE PAGO

EN CUOTAS PAGO UNICO

4) DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FOTOCOPIA CEDULA DE IDENTIDAD

COPIA FORMULARIO BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Firma Solicitante