

SOLICITUD DE CAMBIO DE FORMA DE PAGO RENTAS VITALICIAS



INICIAL

CAMBIO

SUCURSAL

FECHA

TUTOR VIGENTE SI NO (*)

N° POLIZA

TIPO DE RENTA

1. IDENTIFICACION DEL PENSIONADO

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

RUT -

2. IDENTIFICACION DEL TUTOR

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

RUT -

Solicito a BICEVIDA Compañía de Seguros S.A., que el pago mensual de mi pensión, a partir del mes de se realice a través del siguiente medio:

Cuenta de Ahorro a la Vista CrediVida

Depósito en Cuenta Corriente

Otros

N° cuenta

Banco

BICE Vida Compañía de Seguros S.A. establece que mediante esta Declaración Simple ha tomado conocimiento de lo ordenado por el asegurado antes individualizado y cumplirá con lo solicitado por él a no mediar que futuro informe de la modificación de alguno de los puntos aquí declarados, por escrito, mediante la suscripción de un formulario similar a este o por el que lo modifique.

Firma de Pensionado o Tutor

Timbre de Recepción BICEVIDA

Atendido por Ejecutiva de Servicio al Cliente.

(*) Tutor Vigente: Persona designada por el Pensionado para retirar, cobrar y percibir la pensión de Renta Vitalicia.