

Póliza

Fecha: _____

I. Identificación del pensionado(a)

Nombre completo		
RUT	Teléfono fijo	Teléfono celular
Dirección	Comuna	Ciudad
Email	☐ Autorizo a Renta Nacional Seguros de Vida a enviar comunicaciones a este email.	

II.Origen de la actualización

Información Recepcionada

- ☐ Cambio de vía de pago
- ☐ Solicita asignación familiar
- ☐ Cambio de domicilio
- ☐ Recepción de documentos
- ☐ Modificación de beneficiarios
- ☐ Tutores o apoderados
- ☐ Notifica extinción (Fallecimiento, divorcio, otros)
- ☐ Otros

Forma de pago

☐ Depósito en cuenta

☐ Pago en efectivo Banco Estado

Tipo

Banco

Número

III. Descripción de la modificación o documentos adjuntos

Firma pensionado(a)

Nombre y Firma
representante
Renta Nacional Seguros de Vida