

Fecha Solicitud	DÍA	MES	AÑO

N° PÓLIZA

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno

Nombres	RUT

Domicilio del Asegurado

Calle	N°

Comuna	Teléfono N°	Ciudad

Identificador del Solicitante

Nombre completo	RUT

Con esta fecha solicito a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., el pago de las pensiones de sobrevivencia que establece el D.L. 3.500 de 1980.

Fotocopia Cédula de Identidad (firmada)	☐	
Certificado de Defunción	☐	
Certificado de Matrimonio	☐	
Certificado de Nacimiento	☐	
Otros (detallar)	☐	

Firma del Solicitante

Firma y Timbre Recepción

--

Nombre	:	_____
RUT	:	_____
Sexo	:	☐ Femenino ☐ Masculino
Fecha de Nacimiento	:	_____ Estado Civil: _____
Relación con el afiliado	:	_____
Dirección	:	_____ N° _____ Dpto./Casa _____
Comuna	:	_____ Ciudad: _____
Teléfono Celular	:	_____ Email: _____
Institución de Salud	:	_____
Vía de Pago	:	Banco _____ N° Cuenta: _____
Tipo de Cuenta	:	☐ Cuenta Vista ☐ Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta Corriente
Servipag	:	_____
Importante	:	Recuerde que la cuenta debe estar a nombre del cliente pensionado. No puede ser de un tercero