

NÚMERO DE POLIZA	
-------------------------	--

FECHA	DÍA	MES	AÑO

NOMBRE PENSIONADO:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT

FECHA DE FALLECIMIENTO

DÍA	MES	AÑO

NOMBRES BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Apellidos (Paterno/Materno)	Nombres	RUT	Firma

TIPO DE PAGO: MENSUAL (*) <input type="checkbox"/>	TIPO DE PAGO: TOTAL (*) <input type="checkbox"/>
DEPOSITO <input type="checkbox"/> SERVIPAG <input type="checkbox"/>	CHEQUE TOTAL UF <input type="text"/>
BANCO <input type="text"/>	SUCURSAL DE PAGO <input type="text"/>
TIPO CUENTA <input type="text"/>	
N° CUENTA <input type="text"/>	

Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., deja constancia que no ha retenido impuesto alguno por concepto de retiro de pensiones garantizadas y no percibidas, por lo que los beneficiarios deberán efectuar los pagos pertinentes, en los plazos y formas establecidas en la Ley de Impuesto a la Renta.

(*) SÓLO DEBE SELECCIONAR UNA VIA DE PAGO, LA CUAL NO SE PODRÁ MODIFICAR POSTERIORMENTE, DEBIDO A QUE SE LIQUIDARÁ LA PÓLIZA