

**SUSCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD  
DE PAGO DE PENSIÓN  
Y AUTORIZACIÓN DE ENVÍO  
COMUNICACIONES POR CORREO  
ELECTRÓNICO**



Nº de Póliza	Rut
Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres	
Dirección Completa	
Teléfono	Correo Electrónico

**MARQUE CON UNA "X" LA FORMA QUE DESEA RECIBIR SU PENSIÓN**

<input type="checkbox"/>	Depósito en Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/>	Depósito en Cuenta RUT	<input type="checkbox"/>	Depósito en Cuenta de ahorro	<input type="checkbox"/>	Depósito en Cuenta a la vista
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	----------------------------------

Nº cuenta	Banco

<input type="checkbox"/>	Pago Cash Banco Estado (EFECTIVO)
--------------------------	-----------------------------------

<input type="checkbox"/>	Pago en efectivo Servipag - Indicar Oficina y Ciudad

**MARQUE CON UNA "X" EL SISTEMA DE SALUD:**

<input type="checkbox"/>	Isapre Nombre:		<input type="checkbox"/>	Fonasa
--------------------------	----------------	--	--------------------------	--------

Nota: En caso de pertenecer a ISAPRE deberá firmar en su Institución de Salud el Formulario único de Notificaciones ( FUN ) Informando que AuguStar Seguros de Vida S.A. es su nuevo empleador.

\_\_\_\_\_  
Firma Pensionado

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN ENVÍO COMUNICACIONES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

Asimismo, en este acto, Yo \_\_\_\_\_, Cédula Nacional de Identidad N° \_\_\_\_\_, pensionado en póliza de Renta Vitalicia N° \_\_\_\_\_, autorizo y acepto expresamente que toda comunicación, notificación relacionada con el contrato de seguro de renta vitalicia y la entrega de la Póliza, endosos, de sus documentos anexos y accesorios, todos los cuales forman parte integrante del contrato de renta vitalicia, sean realizadas mediante su envío por correo electrónico a mi dirección que a continuación indico.

También me obligo a mantener vigente la dirección de correo electrónico ya indicada o a informar a la Compañía de Seguros en caso de cambio de dirección de ese correo.

Correo electrónico del Pensionado: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Importante: La presente autorización podrá ser revocada por el Pensionado en cualquier momento y por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma Pensionado

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_