

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

1.- Antecedentes del pensionado

Nombre completo _____ RUT _____

Dirección _____

Comuna _____ Ciudad _____

Teléfono _____

Dirección correo electrónico _____ @ _____

2.- Modalidad de Pago de la Pensión

Abono en: Cta. Corriente ☐ Cta. Vista ☐ Cta. RUT ☐ Cta. Ahorro ☐

Nro. Cuenta _____ Banco _____

3.- Cotización de Salud

FONASA ☐

ISAPRE ☐

Para efectos de la cotización de salud en ISAPRE, AuguStar Seguros está obligada a descontar el 7% de su pensión.
Si desea que el descuento de salud corresponda a otro monto, deberá concurrir a su ISAPRE llevando la liquidación de pensión de AuguStar Seguros, con lo cual su ISAPRE notificará internamente a AuguStar Seguros el monto que corresponda descontar.

4.- Autorización envío de información por medios electrónicos

☐ 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 envío por correo electrónico a la dirección informada en el presente formulario.

También me obligo a mantener vigente la dirección de correo electrónico ya indicada o a informar a la Compañía cualquier modificación.

Fecha _____

Firma del pensionado _____