

## SOLICITUD O CAMBIO DE FORMA DE PAGO DE RENTAS

Mediante la presente declaración, solicito a BICE VIDA Compañía de Seguros S.A., que el pago mensual de mi pensión se realice a través del medio indicado:

RUT Asegurado :  N° Póliza :

Apellido Paterno :

Apellido Materno :

Nombres :

Depósito CREDIVIDA N° :

Depósito Cuenta Corriente N° :  Banco :

Depósito Cuenta de Ahorro N° :  Banco :

(Adjuntar fotocopia respaldo, Tarjeta, Cheque, etc.)

BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. establece que mediante esta Declaración Simple ha tomado conocimiento de lo ordenado por el asegurado antes individualizado y cumplirá con lo solicitado por él a no mediar que a futuro informe de la modificación de alguno de los puntos aquí declarados, por escrito, mediante la suscripción de un formulario similar a este o por el que lo modifique.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_