

“SOLICITUD DE REITERACIÓN DE PAGO DE BENEFICIO”

Fecha: _____ de 201____

Sucursal: _____

1. ANTECEDENTES:

Nombre Afiliado Causante : _____

Rut. Afiliado Causante : .._____

Nombre Receptor : _____

Rut Receptor : _____

N° Cuenta : _____

Pensión de : _____

2. TIPO DE BENEFICIO:

Pensión Retiro Programado _____ Excedente Libre Disposición _____

Pensión Renta Temporal _____ Herencia _____

Pensión Cubierta por el Seguro _____ Cuota Mortuoria _____

OBSERVACIONES:

FIRMA TIMBRE RESPONSABLE A.F.P.

FIRMA SOLICITANTE