

SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE INFORMACION PENSIONADO



Utilice este formulario para modificar la información contenida en su póliza. Por favor, escriba con letra de imprenta.

Póliza de Seguro N°

- Por favor, marque con una X todas las modificaciones que desee efectuar.
- Cambio de Domicilio
 - Modificación
 - Recepción de Documentos
 - Notificación de Fallecimiento
 - Solicita Información
 - Otros

Antecedentes del Pensionado

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Dirección		Comuna	Ciudad	
Correo electrónico (e-mail)	Teléfono	Fax		

Despacho Cheque por Correo

Autorizo el despacho a:

Dirección	Comuna	Ciudad

Desde el mes de

Depósito en Cuenta Bancaria

Autorizo se deposite mi pensión en

- Cuenta corriente Cuenta de Ahorro Otra

Número de Cuenta	Banco	Sucursal

Importante: Asumo que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. no es responsable por la demora que pueda tener el sistema bancario o de correos para poner a mi disposición los valores depositados o enviados.

Cambio a realizar o documentos adjuntos

Favor leer atentamente los datos proporcionados antes de firmar

R.U.T Cónyuge	R.U.T Causante
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha

Firma Pensionado

Una vez completo, envíe este formulario a MetLife Chile Seguros de Vida S.A., Agustinas 818, Cod Postal 6500660 Santiago, o envíelo por fax al (02) 640 1340.

Dentro de 48 horas nos pondremos en contacto con usted para verificar su solicitud.