

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

Rut Pensionado \_\_\_\_\_

o Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Dirección Particular \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono Particular \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_

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

Cuenta Mas (\*)     Cuenta Rut     Efectivo Banco Estado     Efectivo Servipag

Abono Cuenta

Corriente    Banco \_\_\_\_\_ N° Cuenta \_\_\_\_\_

Ahorro    Banco \_\_\_\_\_ N° Cuenta \_\_\_\_\_

**Nota 1:** La pensión se pagará el día 20 de cada mes. En caso de que dicho día sea sábado, domingo o festivo, el pago se efectuará el próximo día hábil.

**Nota 2: "La Obtención de la Tarjeta RedBanc es Totalmente Gratis".**

La tarjeta RedBanc tiene hasta 6 giros al mes gratis y puede ser ocupada en cualquier cajero automático del sistema RedBanc.

**Nota 3:** Para los pagos efectuados a través de Servipag no se les enviará liquidación de pago, solo la colilla entregada por dicha entidad.

Se podrá retirar el pago en cualquier oficina Servipag del país, previa presentación de su cédula de identidad. Las oficinas de Servipag Express no estan habilitadas para el pago de pensiones.

(\*) Por el presente instrumento, el Pensionado(a) de Renta Vitalicia, individualizado en este mandato, de Ohio National Seguros de Vida S.A., solicita a esta última y autoriza expresamente para que se proceda a la apertura a nombre de "el Pensionado", de la cuenta MAS de CrediChile, obligando a "el Pensionado" desde ya a suscribir los documentos que sean necesarios para la incorporación al "Servicio de Pago de Pensiones del Banco de Chile", si esta fuese su opción.

### MARQUE CON " X " EL SISTEMA DE SALUD :

Fonasa     Isapre Nombre: \_\_\_\_\_

**Nota:** En caso de pertenecer a ISAPRE deberá firmar en su Institución de Salud el Formulario único de Notificaciones ( FUN ) Informando que OHIO NATIONAL 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

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

**FIRMA PENSIONADO**

**FECHA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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