

FECHA:

**SOLICITUD DE PAGO BENEFICIO ADICIONAL GRATUITO
MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA BANCARIA**



IMPORTANTE: Sólo se podrá solicitar el pago mediante transferencia electrónica, si el Contratante de la póliza es el Titular de la cuenta bancaria.

NOMBRE DEL TITULAR CUENTA BANCARIA:			
RUT:			
Nº DE CUENTA:			
BANCO DE LA CUENTA:			
CORREO ELECTRONICO:			
CLASIFICACIÓN TIPO DE CUENTA:	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Vista
La clasificación se debe realizar según el siguiente criterio:			
CLASIFICACIÓN TIPO DE CUENTA	CUENTA CORRIENTE	CUENTA AHORRO	CUENTA VISTA
TIPO DE CUENTA	» Cuenta Corriente » Cuenta Joven » Cuenta RUT » Cuenta Prima » Chequera Electrónica*	» Cuenta Ahorro	» Cuenta Vista
*Chequera Electrónica: El número de la cuenta bancaria, no es la que figura en la tarjeta, sino la que es otorgada por el banco (si es que obtuvo la cuenta de manera personal) o por su empleador (cuando ellos gestionan la cuenta para realizar el depósito del sueldo).			

Declaro aceptar que, si por razones ajenas a Mutual de Seguros de Chile, la transferencia en la indicada cuenta fuera rechazada por el Banco, el Beneficio Adicional Gratuito sea enviado por medio de un cheque a mi domicilio particular u otra dirección o entregado en agencia de Mutual, según la siguiente elección:

- Envío por correo a su domicilio.
- Envío por correo a otra dirección: _____.
- Entregar Agencia de: _____.

Declaro aceptar y reconocer expresamente que conforme a lo solicitado y de acuerdo a los datos indicados en el recuadro, una vez efectuada dicha transferencia por parte de Mutual de Seguros de Chile, se entenderá para todos los efectos legales cumplido lo solicitado, razón por la cual, otorgo desde ya a la señalada Corporación completo, total y definitivo finiquito con respecto al beneficio adicional gratuito solicitado y su pago, en el entendido que el otorgamiento de esta ayuda está supeditado a la evaluación de los antecedentes presentados y requisitos exigidos en la presente solicitud.

NOMBRE DEL SOLICITANTE:
RUT:

Firma del Solicitante

V° B° Funcionario

V° B° Jefe Agencia

ARICA
San Marcos N° 438 Of. 22
Fono: (58) 254423

IQUIQUE
Serrano N° 154
Fono: (57) 422563

ANTOFAGASTA
Sucre N° 397
Fono: (55) 223591

LA SERENA
Almirante Allard N° 461
Fono: (51) 210902

VALPARAISO
Malina N° 446
Fono: (32) 2326700
Casa Matriz

SANTIAGO
Moneda N° 1137 Piso 2
Fono: (2) 6962971

CONCEPCION
Colo Colo N° 374
Fono: (41) 2222135

TEMUCO
Las Heras N° 698
Fono: (45) 213549

PUERTO MONTT
Pedro Montt N° 65 Of. 503
Fono: (65) 319848

PUNTA ARENAS
O'Higgins N° 824
Fono: (61) 224429