

<b>ROL</b>
<b>COBRADOR</b>
<b>N° SOLICITUD</b>



## **AUTORIZACION DE DESCUENTO POR PLANILLA**

En virtud a lo dispuesto en el Art. 58 del Código del Trabajo, autorizo a mi empleador para que descuente de mi remuneración mensual las primas de mi póliza de Seguro de Vida, contratada en la "MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE".

---

NOMBRE DEL ASEGURADO

---

CEDULA DE IDENTIDAD - R.U.T.

---

NOMBRE DEL EMPLEADOR

---

LUGAR Y FECHA

---

HUELLA Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Agradeceremos informar motivo por el cual efectuó alguna modificación en la planilla original de descuento.



600 626 7311



+56 9 3783 0823



[www.mutualdeseguros.cl](http://www.mutualdeseguros.cl)



[infopago@mutualdeseguros.cl](mailto:infopago@mutualdeseguros.cl)

