

FECHA:

SOLICITUD DE NORMALIZACIÓN DE PÓLIZA(S)

I. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

NOMBRE : _____
RUT : _____ FECHA NACIMIENTO : _____
EDAD : _____ EMAIL : _____
DOMICILIO : _____
CIUDAD : _____
TELEFONO : _____

II. ANTECEDENTES DEL EMPLEADOR

NOMBRE : _____
DOMICILIO : _____
CIUDAD : _____
TELEFONO : _____

III. ANTECEDENTES DE LA(S) PÓLIZA(S) A NORMALIZAR

IV. ANTECEDENTES FORMA DE PAGO

1. Mantengo mi actual Sistema de Cobranza
2. Deseo cambiar mi Sistema de Cobranza a : (*) Completar Mandato Respectivo
 Pago Directo *PAC *PAT Descuento por Planilla

¿Por qué dejó de pagar sus primas?

En caso de ser aceptada esta solicitud, las primas atrasadas las pagaré en la siguiente forma

(Seleccione sólo una de las alternativas):

AL CONTADO DOBLE DESCUENTO INDICAR EL NÚMERO DE CUOTAS (1-10)

La(s) póliza(s) será(n) reactivada(s) una vez que esta Solicitud de Normalización haya sido aceptada.

Los Beneficios Adicionales Gratuitos serán reintegrados una vez que se cancele la totalidad de la deuda.

Al firmar este documento, dejo constancia que yo y mi grupo familiar se encuentran vivos y en buen estado de salud. Estoy de acuerdo que la(s) póliza(s) que estoy normalizando sean anuladas por haber proporcionado información falsa respecto a esta declaración.

Firma del Asegurado

V°B° Funcionario

V°B° Jefe Agencia