



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN MEDIO DE PAGO

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 - 600 221 5000 • www.consorcio.cl - www.cnlife.cl

N°

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO

En mi calidad de Contratante y/o Representante(s) Legal(es), solicito a Compañía de Seguros Generales Consorcio Nacional de Seguros S.A., modificar la forma de pago originalmente aceptada, según se indica a continuación.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

N° DE PÓLIZA: _____

RUT CONTRATANTE: _____

E-MAIL: _____

2. MODIFICACIÓN DEL PAGADOR

NOMBRE : _____

RUT: _____

3. MODIFICACIÓN VÍA DE PAGO

☐ Contado/ Depósito

☐ Aviso de Cobro

☐ PAC

TIPO CUENTA (PAC): ☐ CUENTA CORRIENTE ☐ CUENTA VISTA

NÚMERO MANDATO (*) _____

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

RUT _____

NÚMERO DE CUENTA _____

BANCO _____

☐ PAT

TIPO TARJETA: ☐ TARJETA NACIONAL ☐ TARJETA INTERNACIONAL

NÚMERO MANDATO (*) _____

NÚMERO DE TARJETA _____

BANCO _____

(*) En caso de modificar la vía de pago a PAC o PAT, debe adjuntar Mandato

4. MODIFICACIÓN DÍA DE PAGO

☐ 5 de cada Mes

☐ 20 de cada Mes

5. MODIFICACIÓN CUOTAS

Número de cuotas: _____ Valor de cada cuota: _____ Fecha primer vencimiento: _____

Observaciones (detallar documentos que respaldan la solicitud).

La presente modificación a la modalidad de pago forma parte integrante de las condiciones particulares de la(s) Póliza(s).

Nombre del Contratante y/o Representate Legal

FIRMA

RUT del Firmante: _____