

Autorización para Pago de Pensión por depósito en cuenta bancaria

Yo, _____,
RUT _____, domiciliado en
_____, comuna de
_____, Región _____.

Autorizo a **AFP ProVida S.A.**, para que pague mi Pensión mensual, mediante un depósito bancario, según los siguientes datos:

Banco (Escribe el nombre de tu Banco)	Tipo de Cuenta (Indica tu tipo de Cuenta)	Número de Cuenta (Escribe el número)
	Vista <input type="checkbox"/>	
	Corriente <input type="checkbox"/>	
	Ahorro <input type="checkbox"/>	

Además, declaro que soy el titular de la cuenta y que:

- Mantendré informada a **AFP ProVida S.A.**, ante cualquier modificación en los datos anteriores.
- Conozco las restricciones de giro de dinero de mi cuenta bancaria.

Firma
Titular de la Pensión



Contáctanos en:
www.provida.cl
600 201 0150

