

# 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](http://www.provida.cl)  
600 201 0150

