



## SOLICITUD DE PAGO DIFERIDO DE CUOTAS PARA PRESTAMOS NUEVOS DE HASTA 3 MESES PARA ASEGURADOS AFECTADOS POR EL COVID-19

FECHA SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO

### A. DATOS SOLICITANTE:

NOMBRE COMPLETO			
RUN			
FONO(S)		CELULAR	
EMAIL			

**B. Antecedentes y/o motivos aportados por el Asegurado para solicitar en forma excepcional el pago diferido de sus cuotas de su préstamo otorgado:**

**(Especifique con letra legible o imprenta, cómo fue afectado por la catástrofe)**


Indique el número de cuotas a diferir (hasta 3):

### C. Pago diferido de cuotas para préstamo nuevo hasta 3 meses (uso interno Mutualidad):

Nº PRÉSTAMO	
TIPO DE PRÉSTAMO	
VALOR CUOTA	

**Mutualidad se reserva el derecho de exigir documentación complementaria para autorizar su solicitud.**

Para constancia firman:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEUDOR

--

HUELLA DACTILAR

\_\_\_\_\_  
VÍCTOR MIZÓN GARCÍA-HUIDOBRO  
GERENTE DE FINANZAS

Realizado por: \_\_\_\_\_