



SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE COBRANZA MENSUAL 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 la suspensión del cobro mensual de las cuotas pactadas a través de las Instituciones pagadoras de sueldos o pensión, según lo establecido en el contrato y condiciones de préstamos:

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

MARQUE CON UNA "X" LOS PRÉSTAMOS VIGENTES PARA LOS QUE SOLICITA SUSPENSIÓN DE COBRANZA:

<input type="checkbox"/> LIBRE DISPONIBILIDAD	<input type="checkbox"/> COPAGO DE SALUD
<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> UNIVERSAL DE CONSUMO
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN SUPERIOR COMPLEMENTARIO	<input type="checkbox"/> OTRO:

INDIQUE EL NÚMERO DE CUOTAS A SUSPENDER (HASTA 3) :

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: _____