

Formulario 1 de Rentas Vitalicias Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.

Agradeceremos a usted completar el presente formulario, en las secciones que corresponda, para facilitar la entrega de información y/o modificaciones que desee realizar. Por favor tarjar las secciones que no sean usadas.

En caso de cualquier duda o consulta, por favor con nuestro Servicio al Cliente al: 800 20 10 02.

Datos personales del Pensionado

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno		RUT	
Dirección Particular		Nº	Depto.	Comuna	Ciudad	Teléfono	
Otra Dirección		Nº	Depto.	Comuna	Ciudad	Teléfono	
Nacionalidad*		Otra Nacionalidad*		Fecha de Nacimiento*		Sexo	
						<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

E-Suscripción

Estimado cliente: Al proporcionar su correo electrónico, automáticamente quedará suscrito para recibir la información de sus productos vía e-mail, como cartolas, certificados tributarios, liquidaciones de pensión y otros. Proporcionar este dato de forma correcta le permitirá acceder a su clave secreta en forma segura.

E-mail

Declaración de vínculo con Personas Expuestas Políticamente (PEP)*

Ejercí o he ejercido un cargo público en Chile o en el extranjero. Si No Cuál

Soy cónyuge o pariente hasta segundo grado de consanguinidad con alguien que ejerce o ha ejercido un cargo público. Si No Cuál

Soy socio o tengo un pacto de actuación conjunta de alguien que ejerce o ha ejercido un cargo público. Si No Cuál

*PEP: Presidente de la República, Senadores, Diputados, Alcaldes, Ministros de la Corte Suprema y Cortes de Apelaciones, Ministros de Estado, Subsecretarios, Intendentes, Gobernadores, Secretarios Regionales Ministeriales, Embajadores, Jefes Superiores de Servicio (tanto centralizados como descentralizados y el directivo superior inmediato que deba subrogar a cada uno de ellos), Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, Director General Carabineros, Director General de Investigaciones (y el oficial superior inmediato que deba subrogar a cada uno de ellos), Fiscal Nacional del Ministerio Público, Fiscales Regionales, Contralor General de la República, Consejeros del Banco Central de Chile, Consejeros del Consejo de Defensa del Estado, Ministros del Tribunal Constitucional, Ministros del Tribunal de la Libre Competencia, Integrantes titulares y suplentes del Tribunal de Contratación Pública, Consejeros del Consejo de Alta Dirección Pública, Directores y ejecutivos principales de empresas públicas (según lo definido por la Ley N° 18.045), Directores de sociedades anónimas nombrados por el Estado o sus organismos y Miembros de las directivas de los partidos políticos.

En caso de no completar el cuadro anterior se entenderá que no existen vínculos con Personas Políticamente Expuestas.

Declaración FATCA (Completar a o b)

a) No soy ciudadano americano o residente en Estados Unidos (se entiende por ciudadano o residente en Estados Unidos a los ciudadanos norteamericanos, las personas que tengan "green card", o que actualmente residan en Estados Unidos o hayan residido en dicho país en los últimos 12 meses).

b) Soy ciudadano americano o residente en Estados Unidos. Mi "U.S. Taxpayer Identification Number" es el siguiente:

 Autorización de Reporte
 Si No

Mediante la autorización anterior, declaro conocer que mi cuenta es reportable bajo la "Foreign Account Tax Compliance Act" "FATCA" y por este acto autorizo a Principal a reportar la información de mi cuenta al "Internal Revenue Service" (IRS) de Estados Unidos y/o al Servicio de Impuestos Internos de Chile en las oportunidades y formas establecidas en FATCA.

De conformidad al Acuerdo Intergubernamental entre Chile y Estados Unidos, en caso de no declarar el "US Taxpayer Identification Number", no llenar esta sección o no dar el consentimiento para el envío de la información anterior, Principal deberá enviar en forma agregada información de la cuenta al IRS, y en caso que esta autoridad lo requiera, podrá solicitar al SII que envíe información de su cuenta en forma específica, Autoridad que podrá requerir esta información a Principal.

Por este acto declaro que la información contenida en esta sección es verdadera, correcta y completa. Asimismo, me obligo a que en caso de error o cambio de las condiciones declaradas en la letra a) anterior, a informar y llenar una nueva declaración dentro de los 30 días de producido el error o el cambio de condición.

Solicitud para pago de Pensión (Marcar sólo una alternativa)

Con esta fecha solicito a Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A., que el pago mensual de mi pensión se realice a través del medio designado a continuación:

<input type="checkbox"/> Pago efectivo Servipag:	Importante: Usted podrá cobrar su pensión en cualquier Servipag del país. Esta vía de pago sólo es válida para pensiones líquidas menores a \$ 1.000.000.
<input type="checkbox"/> Depósito en Bancuenta del Banco de Chile N° Infórmese de las condiciones al reverso	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Depósito en Cuenta RUT de Banco Estado N°	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Depósito en Cuenta Bancaria Personal (Por restricciones del sistema bancario no es posible efectuar abonos en cuentas bipersonales). Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta Vista	
N° Cuenta <input type="text"/>	Banco <input type="text"/>
Importante: Asegúrese de escribir correctamente el número de su cuenta bancaria, con todos los ceros y guiones que utilice su banco. En caso de error, el abono en su cuenta bancaria no podrá efectuarse en la fecha de pago, por lo que Principal Vida Chile sólo podrá girar un cheque nominativo 3 días hábiles después de dicha fecha.	

Solicitud Sistema de Salud (Marcar sólo una alternativa)

El pensionado que suscribe, declara estar afiliado en la Institución de Salud que se indica a continuación:

<input type="checkbox"/> Fonasa 7%	
<input type="checkbox"/> Isapre <input type="text"/>	Si su plan de salud está definido como monto fijo en pesos o en UF, deberá adjuntar copia del FUN vigente o carta de afiliación a la Isapre, para efectuar el descuento de acuerdo a su contrato. De lo contrario, se le aplicará el descuento mínimo del 7% que establece el artículo 85 del D.L. 3.500.

Designación de Beneficiarios Período Garantizado (Sólo para póliza con cláusula adicional)

El pensionado que suscribe declara como beneficiarios designados del período garantizado a las siguientes personas, dejando sin efecto cualquier declaración anterior a esta fecha.

Nº	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUT	%
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA: El Asegurado podrá cambiar los beneficiarios cuando lo estime conveniente dando aviso por escrito a la Compañía.

El cliente autoriza a Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. para almacenar y proporcionar a sus personas relacionadas en los términos del artículo 100 de la Ley N°18.045, sus datos personales de naturaleza no sensible para su uso y tratamiento, en los términos y condiciones establecidas en la Ley N°19.628, sobre Protección a la Vida Privada.

Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las Compañías de Seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

El Servicio de Atención al Cliente se ubica en Apoquindo 3600, piso 7, Las Condes, Santiago. Se puede acceder a este servicio a través del número telefónico 800 20 10 02, o desde celulares al número +56 2 2810 7017, o a través de nuestra página web www.principal.cl. Horario de atención de lunes a jueves de 09:00 a 14:00 y de 15:00 a 18:00, viernes de 09:00 a 14:00 horas.

Todos los datos en este formulario son obligatorios.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recepcionado por (Nombre)	Fecha	Firma Responsable Principal Vida Chile	Firma Pensionado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Recepcionante	Firma Recepcionante	Fecha