

Señores  
RIMAC SEGUROS

**SOLICITO:**

PAGO DE COBERTURA DE SOBREVIVENCIA PÓLIZA RENTA GARANTIZADA N°

Estimados Señores

Por medio de la presente, se solicita el pago de la Cobertura de SOBREVIVENCIA por el fallecimiento del Asegurado Titular \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ ocurrido el \_\_\_\_\_.

Dicho beneficio debe ser otorgado al (los) beneficiario (s) indicados en la relación adjunta:

N°	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	N° Doc. Identidad	Parentesco	Sexo (F/M)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Asimismo, se informa que en la Solicitud de Atención de siniestros se brinda instrucción de la cuenta bancaria a la cual se deberá realizar el abono de dicho beneficio.

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 1  
Nombres completos  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 2  
Nombres completos  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 3  
Nombres completos  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 4  
Nombres completos  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 5  
Nombres completos  
DNI

\_\_\_\_\_  
Firma Beneficiario 6  
Nombres completos  
DNI