

**SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS
RENTAS VITALICIAS**

FECHA: _____ **Nº PÓLIZA** _____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA O AFILIADO

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____

Tipo de Documento: DNI CE Otro: Nro.: _____ CUSPP: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____ Fecha de Fallecimiento (dd/mm/aa): _____

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Celular: _____ Teléfono: _____

Email: _____

DATOS DE BENEFICIARIO SOLICITANTE (completar en caso los datos sean distintos al Asegurado Titular)

Vínculo con Asegurado Titular o afiliado: Cónyuge/Concubina(o) Hija(o) Padre/Madre

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____

Tipo de Documento: DNI CE Otro: Nro.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Celular: _____ Teléfono: _____

Email: _____

SOLICITUD DE PAGO POR SOBREVIVENCIA(FALLECIMIENTO)

Completar la información de los beneficiarios declarados en la póliza, este beneficio se brinda a quienes se acrediten debidamente como: Cónyuge o conviviente, HIJOS menores de edad o mayores de 18 años pero que se encuentren cursando estudios de manera ininterrumpida o incapacitados de manera total y permanente para el trabajo o PADRES que hayan dependido económicamente del titular.
Tener en cuenta que solo se debe marcar un tipo de solicitud (Sobrevivencia o Herencia).

Apellido paterno	Apellido materno o de casada	Nombres	Tipo de Beneficiario 1	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (M/F)

1/ Tipo de Beneficiario: (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o Madre

SOLICITUD DE HERENCIA

Este pago corresponde para los herederos declarados en la Sucesión intestada con inscripción definitiva en Registros Públicos.
Tener en cuenta que solo se debe marcar un tipo de solicitud (Sobrevivencia o Herencia).

Apellido paterno	Apellido materno o de casada	Nombres	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (M/F)

ELECCIÓN DEL TIPO DE PAGO (todos los beneficiarios deben elegir la misma forma de pago) Pago Único Pago Mensual

SOLICITUD DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIO

Validar las especificaciones indicadas en el check list.

Apellido paterno	Apellido materno o de casada	Nombres	Tipo de Beneficiario 1	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (M/F)	Inclusión Exclusión

1/ Tipo de Beneficiario: (1) Cónyuge, (2) Concubino, (3) Hijo, (4) Padre o Madre

