

Señores
RIMAC SEGUROS

SOLICITO:

REEMBOLSO DE COBERTURA DE SEPELIO PÓLIZA RENTA GARANTIZADA N°

Estimados Señores

Por medio de la presente, se solicita el reembolso de GASTOS DE SEPELIO 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