

**SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS  
RENTA GARANTIZADA**

<b>FECHA:</b>		<b>Nº PÓLIZA</b>	
---------------	--	------------------	--

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR DE LA PÓLIZA O AFILIADO**

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:			
Tipo de Documento:	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Nro.:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):		Fecha de Fallecimiento (dd/mm/aa):	
Dirección:			
Distrito:		Provincia:	Departamento:
Celular:		Teléfono:	
Email:			

**DATOS DEL SOLICITANTE (completar en caso los datos sean distintos al Asegurado Titular)**

Vínculo con Asegurado Titular o afiliado: Cónyuge/Concubina(o) <input type="checkbox"/>		Hija(o) <input type="checkbox"/>	Padre/Madre <input type="checkbox"/>
Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:			
Tipo de Documento:	DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Nro.:	Fecha de nacimiento:
Dirección:			
Distrito:		Provincia:	Departamento:
Celular:		Teléfono:	
Email:			

**SOLICITUD DE PAGO POR TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Si el Asegurado Titular se encuentra con vida al término del fin de vigencia de la póliza, puede solicitar la cobertura de Devolución de primas, Capital de sobrevivencia o Capital de supervivencia (dependiendo las cláusulas contratadas en la póliza). Es importante señalar que el pago de cualquiera de estas coberturas traen como consecuencia la terminación automática de la póliza y cesará toda obligación por parte de la ASEGURADORA.

**SOLICITUD DE PAGO POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR**

Completar la información de los beneficiarios que han sido declarados en la póliza.

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

<b>ELECCIÓN DEL TIPO DE PAGO</b> (todos los beneficiarios deben elegir la misma forma de pago)	Pago Único <input type="checkbox"/>	Pago Mensual <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---------------------------------------

**Pago único:** Se realiza un único pago que incluye las coberturas pendientes por pagar al Asegurado Titular calculadas a valor presente.

**Pago mensual:** Se realizan pagos mensuales que incluyen las coberturas pendientes por pagar hasta el fin de vigencia de la póliza contratada por el Asegurado Titular. Al término de la vigencia se devuelve el capital.

**SOLICITUD DE GASTOS POR SEPELIO**

Completar la información de los beneficiarios que han sido declarados en la póliza.

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



**SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA ABONO EN CUENTA**

**IMPORTANTE: El número de cuenta debe cumplir con lo siguiente:**

- El titular de la cuenta bancaria debe ser el beneficiario de la pensión/renta (no un tercero).
- La cuenta debe ser INDIVIDUAL (no mancomunada).
- La cuenta debe ser en la misma moneda de la pensión/renta.
- Si el beneficiario es un menor de edad, el Apoderado debe aperturar la cuenta a nombre del menor.

• La cantidad de dígitos de la cuenta debe ser:

Entidad Financiera	Cantidad máxima de dígitos
BBVA	Ahorros o Cta. Cte.: 20 dígitos
Banco de Crédito	Ahorros: 14 dígitos / Cta. Cte: 13 dígitos
Scotiabank	Ahorros o Cta. Cte: 10 dígitos
Interbank	Ahorros o Cta. Cte: 13 dígitos

**BENEFICIARIO 1**

**Nombres y Apellidos:**

Bancos: Continental (BBVA)  Crédito (BCP)  Scotiabank  Interbank

Tipos de Cuenta: Ahorros  Cuenta Corriente  Cuenta Maestra

Nº Cuenta:                      Moneda: Soles  Dólares

Email:  Celular:

**BENEFICIARIO 2**

**Nombres y Apellidos:**

Bancos: Continental (BBVA)  Crédito (BCP)  Scotiabank  Interbank

Tipos de Cuenta: Ahorros  Cuenta Corriente  Cuenta Maestra

Nº Cuenta:                      Moneda: Soles  Dólares

Email:  Celular:

**BENEFICIARIO 3**

**Nombres y Apellidos:**

Bancos: Continental (BBVA)  Crédito (BCP)  Scotiabank  Interbank

Tipos de Cuenta: Ahorros  Cuenta Corriente  Cuenta Maestra

Nº Cuenta:                      Moneda: Soles  Dólares

Email:  Celular:

**BENEFICIARIO 4**

**Nombres y Apellidos:**

Bancos: Continental (BBVA)  Crédito (BCP)  Scotiabank  Interbank

Tipos de Cuenta: Ahorros  Cuenta Corriente  Cuenta Maestra

Nº Cuenta:                      Moneda: Soles  Dólares

Email:  Celular:

**SOLICITUD DE APERTURA DE CUENTA**

En caso de no contar con cuenta para el pago de mis pensiones, autorizo a RIMAC Seguros y Reaseguros a aperturar un número de cuenta bancaria exonerada del ITF a mi nombre en la entidad financiera:

BBVA Continental  Scotiabank

**IMPORTANTE:** El siniestro será atendido únicamente con evidencia del cumplimiento total de los requisitos indicados en el checklist. Asimismo, la Cía. de Seguros podría solicitar documentos adicionales para el análisis respectivo.

**Autorizo la comunicación, envío de cualquier información, documento y/o notificación al correo electrónico anteriormente indicado.**

SI  NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Titular o Beneficiario Solicitante