

Los que suscriben el presente documento, requerimos el pago del beneficio por fallecimiento del asegurado del producto:

Renta Flex Póliza: **Nro.** _____
 Vida Garantizada Flex **Nro.** _____

Producto: **Renta Flex**

Según lo indicado en artículo 6° de la cláusula adicional de renta temporal con periodo garantizado, el pago sea realizado:

En forma de pensión
 A través de un pago único (pago anticipado)

Producto: **Vida Garantizada Flex**

Según lo indicado en artículo 21° de pago de los beneficios por fallecimiento

A través de un pago único (pago anticipado)

Además, de aprobarse la solicitud de beneficios, se proceda a realizar el pago bajo la modalidad elegida, las siguientes cuentas bancarias:

Beneficiario 1:

Nombre: _____
Banco: _____
Tipo de cuenta (ahorros, corriente, etc): _____
Moneda: Soles Dólares
Cuenta bancaria/interbancaria: _____

Beneficiario 2:

Nombre: _____
Banco: _____
Tipo de cuenta (ahorros, corriente, etc): _____
Moneda: Soles Dólares
Cuenta bancaria/interbancaria: _____

Beneficiario 3:

Nombre: _____
Banco: _____
Tipo de cuenta (ahorros, corriente, etc): _____
Moneda: Soles Dólares
Cuenta bancaria/interbancaria: _____

- (1) La cuenta sólo debe pertenecer al beneficiario de la póliza.
 - (2) La cuenta indicada debe estar en la moneda señalada en este formulario.
 - (3) Sólo se aceptan los pagos de los siguientes bancos: BCP, SCOTIABANK, INTERBANK, CONTINENTAL, BANCO DE LA NACIÓN, BANCO FINANCIERO Y BANBIF.
 - (4) En el caso que el banco sea BCP indicar cuenta bancaria, caso contrario indicar cuenta interbancaria.
 - (5) Si se consigna cuenta interbancaria, validar que tenga exactamente 20 dígitos.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la indicada en la póliza

Firma del Beneficiario 1
Nombre: _____
DNI: _____

Firma del Beneficiario 2
Nombre: _____
DNI: _____

Firma del Beneficiario 3
Nombre: _____
DNI: _____