

Formulario de pago de beneficio (Renta Flex o Vida Garantizada Flex)

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

Póliza:
 Renta Flex 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: _____