

Solicitud Pago Beneficio del Seguro de Vida

Lima, ____ de _____ del ____

Señor

**GERENTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL
BANCO DE LA NACIÓN**

Presente.-

Por medio de la presente me dirijo a usted, para manifestarle que con fecha ____ de _____ del 20____ ha fallecido, mi señor (a) _____ Don/
Doña: _____ identificado(a)
con DNI _____, Código de afiliado No. _____, por lo que solicito a usted, se sirva disponer a quien corresponda se proceda al pago del beneficio del Seguro de Vida, a los beneficiarios instituidos en la Declaración Jurada, que se encuentra en sobre cerrado, a la carencia de ésta a los herederos legales de conformidad a la Sucesión Intestada, que se adjunta.

Asimismo, Adjunto los siguientes documentos:

- Copia legalizada de mi DNI.
- Acta de Defunción original.
- Copia simple del DNI fallecido(a).
- Copia simple de Certificado médico de Defunción.
- Copias simples de las 02 últimas boletas de ingresos y egresos.

Sin otro particular, agradeciendo la atención que merezca la presente, quedo de ustedes.

Atentamente,

FIRMA

HUELLA DIGITAL

Nombres completos : _____

DNI : _____

Domicilio : _____

Teléfonos : _____