



**SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE
DESGRAVAMEN DE TARJETA DE CREDITO DEL BANCO
DE LA NACIÓN**

DATOS IMPORNTANTES:

NOMBRES Y APELLIDOS (TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO)	
NOMBRES Y APELLIDOS (DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE)	
DNI:	
DIRECCIÓN:	
DISTRITO:	
DEPARTAMENTO:	PROVINCIA:
TELÉFONOS CELULAR:	TELÉFONO ADICIONAL:
CORREO ELECTRÓNICO:	
REFERENCIA DE LA DIRECCIÓN:	

DOCUMENTOS A PRESENTAR:

FALLECIMIENTO (MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL)

- ACTA DE DEFUNCIÓN COPIA ORIGINAL
- DNI DEL SOLICITANTE (COPIA).

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (ACCIDENTAL O ENFERMEDAD)

- DICTAMEN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA COMISIÓN MÉDICA DE ESSALUD MINISTERIO DE SALUD (MINSU) O EPS O POR LOS COMITÉS MÉDICOS DEL SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (COMAFP, COMEC) - COPIA ORIGINAL.
- DNI DEL ASEGURADO (COPIA).

INFORMACIÓN DE SOLICITUD:

1. Dentro de los 07 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya entregado toda la documentación, Rímac procederá con la evaluación y se pronunciará aceptando o rechazando la cobertura solicitada.
2. Si la Solicitud ha sido rechazada u observada, Rímac se pondrá en contacto, haciendo uso de los datos que el solicitante ha brindado a través del presente documento.
3. Si la Solicitud ha sido Observada, agradecemos enviar los documentos legalizados al correo solicitud.cobertura@rimac.com.pe indicando en el asunto: Subsanación de Observación / Nro. Documento de Identidad.
4. Si la solicitud ha sido aprobada se hará la liquidación correspondiente del saldo deudor al Banco de la Nación en su condición de beneficiario.

ATENTAMENTE.

FECHA:...../...../.....

FIRMA DEL SOLICITANTE