

SOLICITUD DE ENTREGA DE REPORTE DE SINIESTROS SALUD

FECHA

/ /

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Póliza N°

Producto de Seguro:

Contratante:

Vigencia de Póliza:

2. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DE PÓLIZA O QUIEN SOLICITA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de doc. :

DNI

CE

PASAPORTE

N°

Por favor indique el correo electrónico que autoriza para el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud:

Correo Electrónico:

3. INFORMACIÓN BÁSICA DE DEPENDIENTE(S) MAYOR(ES) DE EDAD QUE AUTORIZA(N) ENTREGA DE INFORMACIÓN

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de doc. :

DNI

CE

PASAPORTE

N°

Firma del Asegurado:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de doc. :

DNI

CE

PASAPORTE

N°

Firma del Asegurado:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Tipo de doc. :

DNI

CE

PASAPORTE

N°

Firma del Asegurado:

4. INSTRUCCIONES PARA HACER EJERCER SUS DERECHOS**Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quienes suscriben el presente documento quedan informados y dan su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado a RIMAC SEGUROS, para la transferencia (entrega) sin limitación alguna de su información personal de salud, consistente en el detalle de atenciones y diagnósticos médicos, o a quien el titular designe. La información que será proporcionada será aquella que obre en poder de RIMAC SEGUROS desde el inicio de la vigencia de la Póliza hasta la fecha de emisión del presente documento.

Es necesario que complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular y de cada uno de sus Asegurados dependientes. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento de Autorización de Entrega de Reporte de Siniestros Salud.

Firma del titular
SOLICITANTE