

Llenar con letra imprenta.

**A llenar por el Cliente/Asegurado****Nombre/Razón Social de Contratante o Empresa:****Datos del Titular****Apellido paterno:****Apellido materno:****Nombres:****DNI:****Dirección:****Telf. casa:****Celular:****Telf. trabajo:****Correo electrónico:****Datos del Paciente****Apellido paterno:****Apellido materno:****Nombres:****Edad:****Sexo:** M ☐ F ☐**Parentesco:**☐ **Cónyuge**☐ **Hijo(a)**☐ **Padre/Madre****En caso de accidente, indique fecha, lugar y circunstancia(s) en que ocurrió:****A llenar por el médico tratante****Impresión diagnóstica:****Fecha de consulta:**

/ /

**Tiempo de enfermedad:****Fecha de consulta:**

/ /

**Tiempo de enfermedad:****Fecha de consulta:**

/ /

**Tiempo de enfermedad:****Indicaciones:**☐ **Laboratorio**☐ **Imágenes**☐ **Procedimientos**☐ **Otro****Observaciones:**

Reembolso: El Cliente/Asegurado deberá proporcionar toda la información requerida y solicitar factura para medicinas y exámenes auxiliares a nombre de RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD RUC: 20414955020, excepto los recibos por honorarios médicos que deben estar a nombre del paciente.

Todo expediente está sujeto a evaluación por parte del área de Auditoría Médica y Administrativa de RIMAC EPS

**Fecha:** / /**Firma y sello del médico tratante**  
**N° CMP****Nota: Revisa la parte posterior para afiliarte al abono en cuenta.**

**RECIBE EL ABONO DE TUS REEMBOLSOS DE SALUD EN TU CUENTA BANCARIA**

Recibe el abono de tus reembolsos de salud directamente en tu cuenta bancaria completando los campos que se encuentran a continuación.

☐

Marcar con un aspa (x) si ya solicitó el abono anteriormente

**Datos de la Cuenta Bancaria****Bancos**

☐ Continental ☐ Crédito (BCP) ☐ Scotiabank ☐ Interbank

**Tipo de Cuenta**

☐ Ahorros ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta maestra

**Tipo de Moneda**

☐ Soles ☐ Dólares

Nº

**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, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.

Fecha:        /        /

Firma del titular de la póliza  
(Firma como en su DOI)

**Observaciones:**

- Adjuntar copia legible del Documento Oficial de Identidad (DOI) vigente.
- La presente Solicitud de Afiliación para Abono en Cuenta junto con el DOI, deben ser entregadas en las oficinas de Recursos Humanos de su empresa, en los centros de atención RIMAC o enviar escaneados a nuestro mail: abonoencuenta@rimac.com.pe
- Esta autorización de pago de reembolso de salud, mediante abono en cuenta bancaria, será válida para el plan vigente y futuras renovaciones.
- Todos los pagos de reembolsos vía abono en cuenta se realizarán únicamente a la cuenta detallada en el presente documento. Solo proceden cuentas propias de titulares.
- La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda de la póliza. Si son diferentes no se procederá a registrar la cuenta bancaria para el pago de reembolsos de salud, solicitando nuevamente al Asegurado/Cliente el envío de una nueva cuenta en la moneda correspondiente.
- En Número de Cuenta debe ser el utilizado para transferencia a través del mismo banco (no registrar cuentas interbancarias), de acuerdo a los siguientes formatos: Banco Continental: la cuenta corriente o de ahorro debe tener 20 dígitos. Banco de Crédito: la cuenta corriente debe tener 13 dígitos y la de ahorro 14 dígitos. Scotiabank: la cuenta corriente o de ahorros debe tener 10 dígitos. Interbank: la cuenta corriente o de ahorros debe tener 13 dígitos.
- La confirmación del abono será enviada a la dirección de correo electrónico indicada en el presente documento.
- Todos los reembolsos de salud liquidados en fecha posterior a la afiliación al abono de reembolsos en cuenta serán pagados a través de este medio hasta que el Asegurado/Cliente solicite la desafiliación de su cuenta bancaria.
- En caso que, por alguna razón, el Número de Cuenta sea modificado, la responsabilidad de informar a RIMAC EPS de esta modificación recaerá en el Asegurado/Cliente, quien deberá presentar una comunicación escrita informando sobre dicha modificación.

Autorizo a mi corredor de seguros, para que pueda recoger el (los) cheque (s) correspondiente (s), así como suscribir y recepcionar cualquier tipo de documentación referente al pago del presente siniestro.