

**A llenar por el cliente**

Nombre/Razón social de contratante o empresa:

**Datos del titular**

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

DNI:

Dirección:

Telf. casa:

Telf. trabajo:

Celular:

Correo electrónico:

**Datos del paciente**

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombres:

Edad:

Sexo:

M ☐F ☐

Parentesco:

Cónyuge ☐Hijo(a) ☐Padre/Madre ☐**Datos de la atención**

Especialidad:

Tipo de atención: Ambulatoria ☐Hospitalaria ☐Emergencia ☐Otro ☐

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 ☐Procedimiento ☐Otros ☐**Observaciones:**

**Reembolso:** El 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.

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 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:     /     /

Firma del titular de la póliza  
(Firmar 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 Seguros o enviar escaneados a nuestro mail: abonoencuenta@rimac.com.pe
- Esta autorización de pago de reembolso, mediante abono en cuenta, será válida para el plan vigente y para 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, solicitando nuevamente al asegurado/cliente el envío de una nueva cuenta en la moneda correspondiente.
- El N° 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 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 su desafiliación.
- En caso que, por alguna razón, el N° de cuenta sea modificado, la responsabilidad de informar a Rimac EPS de esta modificación recaerá en el asegurado/cliente.