RIMAC

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Complete los siguientes datos:

1. ¿Qué seguro usarás para aplicar este reembolso?

EPS / SCTR / AUS	☐	Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud - RUC 20414955020. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente. Indique Nombre de la empresa empleadora: _____
Otro Seguro de Salud	☐	Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros con RUC 20100041953. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente. Indique nombre del producto: _____

2. Datos del titular:

Apellido Paterno:	**Apellido Materno:**
Nombres:	**DNI:**

3 Datos del paciente:

¿Son los mismos datos del titular?

SÍ ☐ **Pasa al punto 4**

NO ☐ **Por favor llena los datos.**

Apellido Paterno:	**Apellido Materno:**	
Nombres:	**DNI:**	**Edad:**

Parentesco del paciente con el titular

Cónyuge: ☐	**Hijo(a):** ☐	**Padre/madre:** ☐

Los siguientes campos deben ser llenados por el médico tratante (o debes asegurarte que el médico lo haya llenado en el expediente médico que entregas):

	CIE-10	
4. Impresión diagnóstica (signos y síntomas):		
Diagnóstico médico (diagnóstico definitivo):		

5. Observaciones (tiempo de enfermedad, motivo de consulta, otros):

_____

_____

_____

6. Fecha de consulta: _____/_____/_____

7. Firma, sello de médico tratante y código CMP:

Para la evaluación del reembolso, este documento deberá estar correctamente llenado por el ASEGURADO y por el médico tratante, según corresponda.

RIMAC

FORMATO DE AFILIACIÓN AL ABONO EN CUENTA PARA REEMBOLSOS DE SALUD

Recibe el abono de tus reembolsos de salud y EPS directamente en tu cuenta bancaria detallada en el presente documento. **Dicha cuenta bancaria deberá pertenecer al Titular de la póliza.**

1. Elige el seguro a afiliar: EPS ☐ Otro seguro de salud ☐

2. Datos del titular:

Apellido Paterno:	**Apellido Materno:**
Nombres:	
Celular:	**E-mail:**

Tipo de documento: DNI ☐ Pasaporte ☐ C.E. ☐ Número de documento:

3. Elige el tipo de moneda:
(Indicar la cuenta en soles o en dólares del banco elegido)
Nota: Se debe registrar máximo una (1) cuenta bancaria por póliza. La moneda de la cuenta bancaria debe ser la misma que la moneda de la póliza.
Moneda en Soles ☐ Moneda en Dólares ☐

4. Escoge el banco
☐ BBVA: Tu cuenta debe tener 20 dígitos (Cta. interbancaria).
☐ BCP: Tu cuenta debe tener 14 dígitos si es Cta. Ahorros y 13 si es Cta. Corriente o Cta. Maestra).
☐ Interbank: Tu cuenta debe tener 13 dígitos.
☐ Scotiabank: Tu cuenta debe tener 10 dígitos.

5. Marca el tipo de cuenta
Cuenta Corriente ☐ Cuenta Ahorros ☐ Cuenta Maestra ☐

6. Ingresa tu número de cuenta

									10			13	14						20

Ley 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento:
Quien suscribe este documento, de conformidad con lo establecido en la Ley Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, queda informado y da su consentimiento libre, expreso, e inequívoco, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de Rimac Seguros y Reaseguros y/o Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud, que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica con las empresas antes indicadas.
Las bases de datos se almacenan bajo estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de Rimac Seguros y Reaseguros y 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 Nro. 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida a las empresas antes indicadas.

OBSERVACIONES:
- Adjunta una copia legible del Documento Oficial de Identidad (DOI) vigente.
- Esta solicitud junto con el DOI deben ser entregadas en las oficinas de Recursos Humanos de tu empresa, en los centros de Atención Rimac o enviar escaneados a nuestro mail: rimac.reembolsos@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.
- 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 reembolso en cuenta serán pagados a través de este medio hasta que el asegurado/cliente solicite la desafiliación de su cuenta bancaria.
- En caso que, el número de cuenta sea modificado, la responsabilidad de informar a Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud y Rimac Seguros y Reaseguros S.A. de esta modificación recaerá en el asegurado/cliente, quien deberá presentar una comunicación escrita informando sobre dicha modificación.

7.

Fecha

Firma del titular de la póliza (igual que en DOI)

En caso no desees afiliarte al abono en cuenta: Autorizo a mi corredor de seguros para que pueda recoger el (los) cheque(s) correspondiente(s), así como suscribir y recibir cualquier tipo de documentación referente al pago del presente siniestro.