

SOLICITUD DE EJERCICIO DEL DERECHO DE PORTABILIDAD PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Receptor de la solicitud

Fecha (DD/MM/AA)

***Precisar si la solicitud se dirige a Rimac Seguros y Reaseguros o Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud (EPS).**

I. DATOS DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos

Tipo y número de documento de identidad

Para cualquier coordinación necesaria, deseo ser notificado por*:

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

***Los datos de contacto que nos proporciones serán únicamente utilizados para absolver tu solicitud de portabilidad.**

II. SOLICITUD DE PORTABILIDAD

Solicito:

Recibir los datos personales que me corresponden y que mantenga el responsable del tratamiento, bajo los alcances indicados en la siguiente sección de la solicitud. Acepto recibir la información requerida a través de un medio seguro*, comunicándome la respuesta al siguiente correo electrónico: _____.

Que los datos personales que me corresponden y que mantenga el responsable del tratamiento sean transmitidos** directamente al responsable destinatario _____, con RUC _____, y domiciliado en _____. Acepto que los datos se transmitan al responsable destinatario a través de un medio seguro*, comunicándole la respuesta al siguiente correo electrónico: _____***. De igual forma, acepto ser notificado con la respuesta al siguiente correo electrónico: _____.

***Rimac transferirá la información a través de un mecanismo seguro, que cuente con las medidas técnicas y de seguridad necesarias, de conformidad con la normativa aplicable. Además, este tendrá acceso restringido y se le asignará una contraseña de seguridad. La información de acceso será enviada a través del correo electrónico de atención de la solicitud.**

****Los datos serán transferidos al responsable destinatario. El solicitante declara que éste cuente con las medidas técnicas y de seguridad necesarias, de conformidad con la normativa aplicable. Rimac utilizará las medidas de seguridad aplicables a los mecanismos seguros utilizados.**

*****Al presentar la solicitud, declaras que la información proporcionada es exacta y que ha sido lícitamente recabada. Rimac transmitirá tus datos personales al responsable utilizando la información proporcionada en tu solicitud. Rimac no asume responsabilidad alguna en caso de error o inexactitud en relación con la información del responsable destinatario proporcionada.**

Listado de datos materia de portabilidad

(Listar de forma específica, clara y detallada los datos personales materia de tu solicitud. Rimac no transferirá datos derivados)

III. IDENTIDAD Y LEGITIMIDAD DEL SOLICITANTE

De conformidad con la normativa aplicable, adjunto los siguientes documentos para acreditar mi identidad y mi legitimidad para ejercer el derecho de portabilidad:

Soy el titular de los datos personales y acredito mi identidad presentando copia de mi documento de identidad.

Soy representante legal* y acredito mi identidad presentando copia de mi documento de identidad, junto al documento que acredita mis poderes de representación (certificado de vigencia de poder o carta con firmas legalizadas; con una antigüedad no mayor a 3 meses).

* En caso el solicitante sea representante legal, deberá completar la siguiente sección con fines de identificación.

_____ Nombres y Apellidos del representante	_____ Tipo y número de documento de identidad del representante
--	--

IV. CONSENTIMIENTO – DERECHO DE PORTABILIDAD

Autorizas que **RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS** o **RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (EPS)** (en adelante, “Rimac”), según corresponda, utilice los datos personales que mantiene y que te correspondan para atender tu solicitud de ejercicio de derecho de portabilidad.

Por ello, aceptas que los datos personales –incluyendo datos sensibles y/o sujetos a protecciones especiales– listados en tu solicitud te sean transmitidos y/o transferidos al tercero responsable del tratamiento que indiques a través del canal indicado en tu solicitud. Por tanto, declaras que el canal de atención indicado es adecuado y seguro para atender tu solicitud.

Reconoces que Rimac no será responsable por el tratamiento que se realice sobre los datos personales que te sean transmitidos y/o transferidos al tercero responsable del tratamiento. Rimac no tiene ninguna injerencia respecto al tratamiento de tus datos una vez escapen de su esfera de control. El responsable del tratamiento destinatario deberá asegurar que los datos proporcionados sean tratados conforme a la normativa y principios aplicables.

De igual forma, declaras conocer que el ejercicio de tu derecho de portabilidad no implica que Rimac deje de tratar tu información para cumplir con las finalidades válidas por los cuales los mantiene.

A este consentimiento le resultan aplicables las condiciones que se estipulan en la [Política de Privacidad](#), la cual reconoces haber tenido a tu disposición al momento de proporcionar tus datos personales.

Sí acepto y autorizo el tratamiento de mis datos personales en los términos indicados en el presente documento para la absolución de mi solicitud de portabilidad.

Firma del solicitante:

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD (en adelante, “RIMAC”), con domicilio en Calle El Parque N.º 149, piso 2, San Isidro, Lima, Perú; te informa que, de forma directa y/o a través de encargados (nacionales y/o extranjeros), tratará los datos que nos proporciones y/o aquellos a los que accedamos de manera legítima con la finalidad de preparar y/o ejecutar nuestra relación contractual, pudiendo para ello utilizar mecanismos automatizados o no. Tienes el derecho de ejercer tus derechos de acceso, información, rectificación, cancelación, oposición y portabilidad, o revocar tu consentimiento, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC o enviando una solicitud al correo electrónico atencionalcliente@rimac.com.pe. Para más información, puedes consultar nuestra Política de Privacidad en www.rimac.com/politica-privacidad.

RESERVADO PARA EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO (NO LLENAR)

_____ Fecha de presentación ante el responsable	_____ Fecha de respuesta del responsable al titular de dato	_____ Fecha de solicitud de ampliación de plazo
--	--	--