SOLICITUD DE ENTREGA DE REPORTE DE SINIESTRALIDAD 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° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud.

Correo electrónico _____

3. INFORMACIÓN BÁSICA DE DEPENDIENTE(S) MENOR(ES) DE EDAD A CONSIDERAR EN EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD

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

Firma del titular
SOLICITANTE