



**Pago Fácil - Autorización de Débito en Cuenta y/o Cargo en Tarjeta de Crédito**

Código de afiliación

Fecha

**Información para el banco**

**Datos del titular de la cuenta**

Apellido paterno o Razón social:

Apellido materno:  Nombre(s):

Dirección:

Teléfono de domicilio: Cód. Ciudad   N°          Teléfono celular:

Correo electrónico:

RUC  DNI  CE  PASAPORTE  N°

**Autorización**

Mediante el presente documento autorizo a cargar en mi cuenta bancaria y/o en mi tarjeta de crédito indicadas a continuación, el importe de las cuotas correspondientes a los seguros o planes de salud contratados con RIMAC SEGUROS y/o RIMAC EPS, según corresponda.

**Bancos**

CONTINENTAL  CRÉDITO  SCOTIABANK  INTERBANK   
FINANCIERO  COMERCIO  BANBIF

**Tipo de cuenta**

Ahorros  Cuenta corriente  Soles  Dólares

N°

**Tarjeta de crédito**

VISA  AMERICAN EXPRESS  MASTERCARD  DINERS

N°                 Vencimiento de tarjeta de crédito: Mes   Año

Rastrillar tarjeta aquí

Firma del titular de la cuenta o tarjeta de crédito (firmar como en su DNI)

**Información para RIMAC**

N° PÓLIZA

Vehículos  Salud  Vida   
Riesgos generales  EPS

Tipo de operación:  
Afiliación nueva  Cambio de vía de cobro   
Rehabilitación de póliza

\* Sólo se podrá usar un Pago Fácil para todas las pólizas que estén dentro de un mismo código de cliente, a excepción de Vida en el que se deberá firmar un nuevo formulario.

**Datos del contratante de la póliza**

Apellido paterno o Razón social:

Apellido materno:  Nombres:

Número de cuotas:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  Corredor:

**Revisión interna (esta sección debe ser completada por el área comercial de FFVV)**

VºBº de FFVV - Multiproducto  Nº de agencia

## Pago Fácil - Autorización de Débito en Cuenta y/o Cargo en Tarjeta de Crédito

**Uso y tratamiento de Datos Personales**

Conforme a lo establecido en la ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley (el "Reglamento"), doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Rimac Seguros y Reaseguros (en adelante, RIMAC) realice el tratamiento de los datos personales que le proporcione de forma física o digital (los "Datos Personales"), con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declaro conocer mi derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

Autorizo para los fines señalados, que RIMAC pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de mis Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional a las empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece RIMAC, además de otras empresas cuyo listado completo se encuentra en la página web [www.rimac.com.pe](http://www.rimac.com.pe), sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

Declaro haber sido informado que conforme a la Ley y el Reglamento, mientras dure mi relación contractual con RIMAC y hasta por 10 años de culminada la misma, mis Datos Personales se almacenarán en el banco de datos de Clientes de titularidad de RIMAC, con domicilio en Av. Paseo de la República 3505 Piso 11 - San Isidro, Lima, estando además inscritos en el Registro Nacional de Protección de Datos Personales con denominación "Clientes" con código RNPDP-PJP N°1637.

Declaro conocer mi derecho a solicitar el acceso a mis Datos Personales y conocer su tratamiento, así como a solicitar su actualización, inclusión, rectificación, cancelación y supresión, pudiendo oponerme a su uso o divulgación, a través de cualquiera de las Plataformas de Atención de RIMAC. Teniendo a salvo además el ejercicio de la tutela de mis derechos antes la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales en vía de reclamación o al Poder Judicial para la acción de hábeas data.

**Comunicaciones Comerciales**

Autorizo a RIMAC a utilizar mis Datos Personales y que los mismos sean tratados por terceros, para que me sean ofrecidos beneficios, productos y servicios de RIMAC, a través de cualquier medio de comunicación. Declaro conocer que el no conceder esta autorización no afectará la prestación del servicio contratado

**Acepto****No acepto****Observaciones**

- Adjuntar copia legible DNI o carné de extranjería.
- Esta autorización será válida para la póliza vigente y para futuras renovaciones.
- Esta autorización estará sujeta a la verificación de la firma del contratante o titular de la cuenta, la cual deberá realizar el banco o el operador de la tarjeta según sea el caso.
- El cargo para el pago de la póliza procederá si es que la cuenta asignada presenta fondos suficientes para cubrir el importe correspondiente.
- En caso que la cuenta en la cual se realizará el cargo para el pago de la póliza sea de moneda distinta al tipo de moneda en la que se deba efectuar el pago, el banco o el operador de la tarjeta de crédito queda autorizado a cargar el importe al tipo de cambio definido por la SBS correspondiente al día de la operación.
- La responsabilidad del importe a cargar corresponde a RIMAC Seguros y Reaseguros.
- En caso de cambio del número de la tarjeta de crédito la presente autorización de cargo automático se hará extensiva a la nueva tarjeta que se emita en sustitución de la indicada precedentemente.
- En caso que el banco modifique el N° de cuenta, el N° de la tarjeta, o que se realicen modificaciones referentes al contratante o titular de la cuenta/cliente en su respectiva base de datos, la responsabilidad de informar a RIMAC Seguros y Reaseguros, sobre dichas modificaciones recaerá en el contratante o titular de la cuenta/cliente.

titular de la cuenta/cliente.

- En caso que la cobranza no se haya podido concretar debido a un rechazo de la operación, el contratante o titular de la cuenta/cliente será notificado a través del correo electrónico proporcionado en el presente formulario.
- Mediante la suscripción del presente formulario el contratante o titular de la cuenta/cliente se obliga a permanecer bajo esta modalidad de pago por un periodo de tiempo que no podrá ser menor a 1 (uno) año, contados desde su afiliación.