

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: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

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):

4. Impresión diagnóstica (signos y síntomas): CIE-10 _____
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 Seguros, brinda garantía que los datos proporcionados serán protegidos y tratados únicamente para gestionar los reembolsos de salud”

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 afiliarse:** 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. **Ingresar tu número de cuenta**

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

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.

“RIMAC Seguros, brinda garantía que los datos proporcionados serán protegidos y tratados únicamente para gestionar los reembolsos de salud”