

Lima _____ de _____ del 201_____

Señores
RIMAC S.A. Entidad Prestadora de Salud
Presente.-

Estimados señores:

Yo, _____ con DNI _____ ,
les solicito se sirvan disponer de la anulación de mi afiliación al abono en cuenta para los pagos de reembolsos:

Banco:

N° Cuenta:

Tipo de moneda:

El motivo de la anulación

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, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte de 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 N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD.

Atentamente,

Nombre:

DNI: