

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE REPORTE DE
SINIESTROS SALUD

Ciudad de de 201.....

Señores,
RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS
PRESENTE.-

Yo, con documento de identidad N°:
autorizo la entrega de mi Reporte de Siniestros SALUD correspondiente a la Póliza N°
y de mi(s) dependiente(s) mayor(es) de edad a: nombre/ razón social
con documento de identidad N°:

Se adjunta la Solicitud de Reporte de Siniestros SALUD con los datos personales y firma de(l)/los siguiente(s)
dependiente(s) mayor(es) de edad en señal de autorización:

Dependiente 1:

Dependiente 4:

Dependiente 2:

Dependiente 5:

Dependiente 3:

Dependiente 6:

Fecha: / /

Firma del titular
SOLICITANTE