

SOLICITUD CAMBIO DE SOBRE - SEGURO DE VIDA - FEBAN

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

Por el presente documento, otorgo mi consentimiento de manera libre, previo, informado(a), expreso e inequívoco para que el FEBAN, incluya mis datos personales sensibles o no, consignados en el presente documento, en sus sistemas y base de datos. Asimismo, pueda almacenar, conservar, transferir, usar, los cuales serán conservados en su banco de datos durante la continuidad del beneficio. Declaró haber sido informado sobre mi derecho a solicitar el acceso, actualización, rectificación y supresión de mi información personal, a impedir su suministro, así como al tratamiento objetivo de ésta, a través del presente documento.

(LLENAR LA INFORMACIÓN CON LETRA CLARA Y LEGIBLE)

DATOS DEL AFILIADO											
CODIGO						D. N. I.					
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				NOMBRES			
DIRECCIÓN - DOMICILIO (CALLE / JR / AV / NÚMERO)											
DISTRITO				PROVINCIA				DEPARTAMENTO			
TELÉFONO DOMICILIO			TELÉFONO PERSONAL (CELULARES)			CORREO ELECTRÓNICO (PERSONAL)					
DATOS LABORALES											
-TRABAJADOR ACTIVO-											
CONDICIÓN				FECHA INGRESO B/N				DEPENDENCIA (Oficina, Sucursal, Agencia)			
1 - PLAZO I.		2 - PLAZO D.									
TELEF. DIRECTO /ANEXOS				TELÉFONO CELULAR (BN)				CORREO ELECTRÓNICO (INSTITUCIONAL)			
- EX - TRABAJADOR --- (Pensionista 20530, Emp. Disg., Cesante 19990, AFP.....)											
TIPO DE PENSIÓN											
1 - PENSIONISTA 20530		2 - EMP. DISG.		3 - CESANTE 19990		4 - CESANTE AFP					
DEPENDENCIA-AGENCIA / PAGADORA DE PENSIÓN											
ASUNTO											
<p>Por medio de la presente, hago de conocimiento mi deseo de realizar el CAMBIO DE BENEFICIARIOS de mi Seguro de Vida, por lo que agradeceré se sirvan proporcionarme un nuevo formato de Declaración Jurada de Beneficiarios, indicándome los procedimientos a seguir; para cuyo efecto adjunto copia de mi DNI.</p> <p>Asimismo, agradeceré devolverme mi sobre anterior para reemplazarlo por la nueva declaración que emitiré en la fecha, según procedimientos vigentes</p> <p>Declaro bajo juramento, que los datos consignados en el presente documento son reales, por lo que asumo el compromiso de informar al FEBAN acerca de la variación de cualquier dato presentado</p>											
Adjunto											
- Copia de mi D.N.I.											
FECHA				FIRMA DEL AFILIADO				HUELLA DIGITAL			

CONFORMIDAD - RETIRO DE SOBRE ANTERIOR

Yo, _____, con DNI,
_____, Código _____, recibí conforme el sobre
anterior N° _____, de fecha _____,
conteniendo mi declaración Jurada de Beneficiarios del Seguro de Vida,
emitida el _____, legalizado por la Notaria
_____, debidamente **ANULADO** y
RETIRADO de la base de datos y del archivo en custodia por el FEBAN, para
ser reemplazado por la nueva Declaración Jurada que emitiré oportunamente.

FECHA

FIRMA DEL AFILIADO

HUELLA DIGITAL