

SOLICITUD DE SEGURO - SOAT
SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO

DATOS DEL ASEGURADO

CODIGO										D. N. I.									
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO					NOMBRES									
DIRECCION - DOMICILIO (CALLE / JR / AV / NUMERO)																			
DISTRITO					PROVINCIA					DEPARTAMENTO									
TELEFONO DOMICILIO				TELEFONO PERSONAL (CELULARES)						CORREO ELECTRONICO (PERSONAL)									

DATOS LABORALES

-TRABAJADOR ACTIVO-

AREA EN EL BANCO										OFICINA - DEPENDENCIA (Oficina, Sucursal, Agencia)									
OFICINA PRINCIPAL					SUCURSALES / AGENCIAS														
TELEF. DIRECTO /ANEXOS (BN)					TELEFONO CELULAR (BN)					CORREO ELECTRONICO (INSTITUCIONAL -BN)									

- PENSIONISTA -

DEPENDENCIA-AGENCIA / PAGADORA DE PENSION																			

DATOS DEL VEHICULO

PLACA:		CLASE:	
MARCA:		MODELO:	
AÑO		Nº DE ASIENTOS:	
Nº DE MOTOR:		TIMON CAMBIADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nº DE SERIE:		VIGENCIA	

USO DEL VEHICULO

<input type="checkbox"/> PARTICULAR	<input type="checkbox"/> MOTOCICLETA
<input type="checkbox"/> URBANO (TAXI)	<input type="checkbox"/> OTROS:
<input type="checkbox"/> CARGA	

Adjunto

- Copia de Tarjeta de Propiedad o SOAT
- Copia D.N.I.
- Carta Autoritativa (Crédito)

De conformidad con lo establecido en la Ley Nº 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento

Suscribo la presente solicitud, otorgando mi consentimiento de manera libre, previa, informada, expresa e inequívoca para que el FEBAN, incluya mis datos personales sensibles o no, consignados en el presente documento, en sus sistemas y base de datos y pueda almacenar, procesar, conservar, usar, brindar y/o transferir esta información a Empresas Aseguradoras, con la finalidad de realizar actividades relacionadas a la naturaleza del contrato de seguros, en los términos y condiciones que rigen la relación entre la Cía. Aseguradora y el FEBAN; los cuales serán conservados durante la continuidad del seguro. 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

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO



**AUTORIZACION DE DESCUENTOS AFILIADOS PENSIONISTAS DEL
BANCO DE LA NACION**

Lima, de de 2,0.....

Señor:
**Gerente del Fondo de Empleados del
Banco de la Nación**
Presente.-

Asunto : Autorización de descuentos de préstamos
PÓLIZAS DE SEGUROS - FEBAN

De mi Consideración:

Por el presente, **AUTORIZO** de manera expresa deducir mensualmente de mi pensión, las cuotas y saldos que se deriven de los **Préstamos por Pólizas de Vehículos y/o Préstamo SOAT** que me ha otorgado el Fondo de Empleados del Banco de la Nación.

Si por cualquier razón o circunstancia no se me descuenta el total de la cuota pactada, presentando sobregiro, me comprometo a realizar el pago directamente por Caja del FEBAN o hacer el depósito a la Cta. Cte. 000-0-012300

En caso de no realizar el pago, autorizo a que se me descuenta de mis Gratificaciones de julio y diciembre y otras bonificaciones que me otorgue el Banco de la Nación o de lo contrario autorizo a que se me descuenta de mi cuenta de ahorros.

Atentamente,

.....
FIRMA

.....
HUELLA DIGITAL

Nombres y Apellidos del Trabajador :

Código :

DNI :

Domicilio :

Teléfonos :

Agencia o Sucursal BN. :

C .C.: FEBAN