

SOLICITUD DE SEGURO - SOAT

SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|------------------|-----------|--|--|--|-------------------------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| CÓDIGO | | | | | | | | | | 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-

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|-----------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ÁREA EN EL BANCO | | | | | | | | | | OFICINA - DEPENDENCIA (Oficina, Sucursal, Agencia) | | | | | | | | | |
| OFICINA PRINCIPAL | | | | | SUCURSALES / AGENCIAS | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO DIRECTO /ANEXOS (BN) | | | | | | TELÉFONO CELULAR (BN) | | | | CORREO ELECTRÓNICO (INSTITUCIONAL -BN) | | | | | | | | | |

- PENSIONISTA -

DEPENDENCIA-AGENCIA / PAGADORA DE PENSIÓN

DATOS DEL VEHÍCULO

| | | | |
|--------------|--|-----------------|---|
| 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 VEHÍCULO

| | |
|--|---------------------------------------|
| <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 del 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

.....
F E C H A

.....
FIRMA DEL ASEGURADO



**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS AFILIADOS ACTIVOS DEL
BANCO DE LA NACIÓN**

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

Señor:
Gerente del Departamento de Personal
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 con cargo a mis remuneraciones, 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. En caso de presentar sobregiros, descontar de mis gratificaciones, bonos de desempeño grupal (Primer y Segundo semestre del año), incluyendo mis Utilidades y otros beneficios que me otorga el Banco de la Nación.

De no poder descontar de mis ingresos extraordinarios autorizo a que se me descuenta de mi cuenta de ahorros.

Asimismo, en caso de cese o renuncia voluntaria **AUTORIZO, al Departamento de Personal del Banco de la Nación**, que se me descuenta los saldos **por los préstamos mencionados**, de mi Liquidación de Beneficios Sociales (CTS) y cualquier otra compensación económica que pudiera recibir.

Atentamente,

.....
FIRMA

.....
HUELLA DIGITAL

Nombres y Apellidos del Trabajador :

Código: DNI:

Domicilio :

Teléfonos :

Dependencia :

C .C.: FEBAN