

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

El Solicitante mediante la suscripción de la presente solicitud, brinda su consentimiento previo, expreso, libre e informado para el tratamiento de los datos personales proporcionados con el objeto de que se atienda su solicitud de ejercicios de derechos ARCO y Revocación de Consentimiento por parte de AuguStar Seguros.

I. DATOS DEL TITULAR:

APELLIDOS Y NOMBRES:
DNI ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
DOMICILIO:
DISTRITO: PROVINCIA: DEPARTAMENTO:
CORREO ELECTRÓNICO: TELÉFONO(S):

II. EN CASO FUERA PRESENTADO POR UN TERCERO:

Adjuntar carta poder simple y completar los siguientes datos:

APELLIDOS Y NOMBRES:
DNI ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

III. MARQUE CON UN ASPA LA RELACIÓN QUE MANTIENE O HA MANTENIDO CON EL TITULAR DEL BANCO DE DATOS (AUGUSTAR SEGUROS):

CLIENTE: ☐ COLABORADOR: ☐ PROVEEDOR: ☐
PROMOTOR DE SEGUROS: ☐ USUARIO DE LA PÁGINA WEB: ☐ PROSPECTO DE CLIENTE: ☐

IV. MARQUE CON UN ASPA EL DERECHO QUE DESEA EJERCER:

ACCESO: ☐ RECTIFICACIÓN: ☐ CANCELACIÓN: ☐
OPOSICIÓN: ☐ INFORMACIÓN: ☐ REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO: ☐

V. FUNDAMENTOS EN QUE AMPARA SU SOLICITUD:

VI. FORMA DE RESPUESTA (Marcar con una "X"):

COMUNICACIÓN ESCRITA: ☐ CORREO ELECTRÓNICO: ☐

En virtud de lo señalado, ejerzo el derecho invocado, al amparo de lo establecido en la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°016-2024-JUS.

FIRMA:

FECHA: