SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA ACCEDER A SUS DATOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD

Indicar el dato o datos que se requiere acceder y el motivo que origina la solicitud.

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo señalado por el nuevo reglamento DECRETO SUPREMO N° 016-2024-JUS, para atender esta solicitud es de veinte (20) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

Firma del titular / representante
SOLICITANTE

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE BANCOS DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD (Identificación del Banco de Datos)

Rol del titular del dato con respecto a CRECER Seguros:

☐ Candidato ☐ Colaborador ☐ Proveedor ☐ Prospecto ☐ Cliente ☐ Otro (detallar): _____

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo para atender esta solicitud es de ocho (08) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

_____

Firma del titular / representante
SOLICITANTE

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA REVOCACIÓN DE DATOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD

Indicar el dato o datos que se requiere revocar y el motivo que origina la solicitud.

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo para atender esta solicitud es de cinco (05) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

Firma del titular / representante
SOLICITANTE

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA RECTIFICACION DE DATOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD

Indicar el dato o datos que se requiere rectificar y el motivo que origina la solicitud.

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato y la copia de la documentación sustentatoria que acredite la rectificación. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo señalado por el nuevo reglamento DECRETO SUPREMO N° 016-2024-JUS, para atender esta solicitud es de diez (10) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

Firma del titular / representante
SOLICITANTE

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA OPOSICIÓN DE DATOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD

Indicar el dato o datos que se requiere retirar de nuestros bancos de datos y el motivo que origina la solicitud

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo señalado por el nuevo reglamento DECRETO SUPREMO N° 016-2024-JUS, para atender esta solicitud es de diez (10) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

Firma del titular / representante
SOLICITANTE

SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE DATOS PERSONALES (DERECHOS ARCO)

LLENAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL TITULAR DEL DATO QUIEN SOLICITA CANCELACIÓN DE DATOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Tipo de doc. ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otros -Especificar Nº ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Indique a continuación el correo electrónico en el cual autoriza el envío de notificaciones vinculadas con la presente solicitud

Correo electrónico:

2. PETICIÓN QUE DA LUGAR A LA SOLICITUD

Indicar el dato o datos que se requiere cancelar y el motivo que origina la solicitud.

Es necesario que se complete la información solicitada en el presente formulario, adjuntando una fotocopia del Documento de Identidad del titular del dato. En caso de actuar mediante Representante Legal, se deberá presentar el documento que acredite la representación y la copia del Documento de Identidad de ambos (titular y representante).

Le indicamos que el plazo señalado por el nuevo reglamento DECRETO SUPREMO N° 016-2024-JUS, para atender esta solicitud es de diez (10) días útiles contados desde el día siguiente de presentada la presente solicitud.

Fecha: / /

Firma del titular / representante
SOLICITANTE