PRIMA AFP

SOLICITUD DE TRASPASO

Nº de Solicitud

RI -

AFP

1. IDENTIFICACION DEL AFILIADO

Apellido Paterno | Apellido Materno o de Casada | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo Documento de Identidad: ◯ DNI ◯ C.E. ◯ CIP/CIM ◯ LAT ◯ PAS

Nro. Documento de Identidad

Código Único de Identificación del SPP - CUSPP

DOMICILIO PARTICULAR

◯ Avenida ◯ Calle ◯ Pasaje ◯ Jirón ◯ Prolongación ◯ Parque ◯ Alameda ◯ Malecón ◯ Carretera ◯ Otros (describir) ◯ Número ◯ Departamento ◯ Interior ◯ Manzana ◯ Lote ◯ Otros (describir)

◯ Urbanización ◯ Asentamiento Humano ◯ Asociación ◯ Pueblo Joven ◯ Cooperativa ◯ Centro Poblado ◯ Otros (describir) Referencia de la Dirección

Distrito | Provincia | Departamento

Correo Electrónico | Código LDN - Teléfono Domicilio | Celular

2. DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre o Razón Social | Nº RUC | Número de Empleadores (en números) de

◯ Avenida ◯ Calle ◯ Pasaje ◯ Jirón ◯ Prolongación ◯ Parque ◯ Alameda ◯ Malecón ◯ Carretera ◯ Otros (describir) ◯ Número ◯ Departamento ◯ Interior ◯ Manzana ◯ Lote ◯ Otros (describir)

◯ Urbanización ◯ Asentamiento Humano ◯ Asociación ◯ Pueblo Joven ◯ Cooperativa ◯ Centro Poblado ◯ Otros (describir) Código LDN - Teléfono Domicilio

Distrito | Provincia | Departamento

3. IDENTIFICACIÓN DEL PROMOTOR

Código SBS | Apellido Paterno | Apellido Materno o de Casada | Primer Nombre | Segundo Nombre

4. VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD Y STATUS DE LA COMISION

4.1 Verificación de la documentación de respaldo (a ser llenado por la AFP Destino)

◯ Comprobación de boletas de pago (para el dependiente) ◯ Pago de último aporte exigido (para el independiente) ◯ Copia simple del documento de identidad ◯ Otros (especificar) _____

4.2 Esquema de cobro de comisión (a ser llenado por el afiliado)

En caso, Usted haya elegido permanecer en el esquema de comisión sobre la remuneración (flujo) hasta el 31 de Mayo y suscriba esta solicitud, el esquema de cobro de comisión que elige y/o confirma es: ◯ Comisión sobre la remuneración ◯ Comisión sobre el saldo

SECCIÓN 4.2 NO HABILITADA

5. DECLARACIÓN DE TRASPASO

A través de la presente solicitud declaro mi decisión de trasladar la administración de mi cuenta individual de capitalización de la AFP _____ Lugar: _____

Fondo tipo _____ (de Origen) a la AFP Destino, Fondo tipo _____ Fecha: __ - __ - ____

Firma del Afiliado | Firma del Promotor AFP o Representante de la AFP Destino | Sello de Recepción

Huella digital (afiliado)

6. RESULTADO DE LA SOLICITUD (a ser llenado por la AFP Destino)

◯ Procede ◯ No Procede Motivo de la Improcedencia: _____

Lugar: _____

Fecha: ____ ____ ____

Firma y Sello Representante de la AFP

SPP - 1002

FR-001-0-000000006

ESCRIBA CON LETRA MAYÚSCULA IMPRENTA,SIN TILDES. NO SOBREPASE LAS CASILLAS. RELLENE ASÍ

Para servirlo mejor, por favor proporciónemos los siguientes datos:

Apellido Paterno | Apellido Materno o de Casada | Nombres | Nro. Documento de Identidad

Teléfono de oficina | Cod. LDN | Teléfono | Anexo

1. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE TUS DATOS PERSONALES

En Prima AFP estamos autorizados a tratar la información necesaria (personal, financiera, de contacto, localización y biométricos, entre otros) y de carácter obligatorio que tenga por finalidad preparar y/o ejecutar la relación contractual que mantenemos y que nos entregues para tales efectos en los documentos correspondientes, o aquella a la que accedamos de manera legítima a fin de actualizarla y completarla. Para garantizar la adecuada ejecución de nuestra relación contractual, es necesario que tu información se encuentre siempre actualizada. Por tanto, deberás mantener actualizada tu información, sin perjuicio que en cumplimiento del Principio de Calidad nosotros la actualicemos, validemos o complementemos a partir de fuentes legítimas públicas o privadas (incluyendo redes sociales) a las que podamos tener acceso en el curso regular de nuestras operaciones.

Las comunicaciones que te podremos remitir en el marco de la ejecución de la relación contractual y/o su preparación, pueden estar relacionadas a información sobre uso de canales, consejos de seguridad, acceso a los diferentes canales de atención, estados de cuenta, encuestas de satisfacción, entre otros. Asimismo, para dar cumplimiento a las obligaciones y/o requerimientos que se generen en virtud de las normas vigentes en el ordenamiento jurídico peruano y/o en normas internacionales que le sean aplicables, podremos dar tratamiento y eventualmente transferir su información a autoridades y terceros autorizados por ley.

Te informamos que tus datos personales serán almacenados en el banco de datos denominado "Clientes"y que se encuentra registrado ante la Autoridad de Protección de Datos Personales bajo el número de registro RNPDP-PJP N.°378, de titularidad de PRIMA AFPdomiciliado en Calle Chinchón Nº 980, San Isidro, Lima.

Prima AFP conservará y tratará tu información mientras se mantenga nuestra relación contractual y luego de diez (10) años de finalizada.

Para el tratamiento de tu información, Prima AFP utilizará diversos encargados ubicados en el Perú y en el extranjero (respecto de los cuales se realizará una transferencia al país donde están ubicados). Esta información se encuentra también disponible en https://www.prima.com.pe/public-zone /sobre-prima-afp/politica-de-privacidad/#empresas-y-socios-comerciales y podrás acceder a ella en cualquier momento.

Prima AFP podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente sección informativa. informándote con la debida anticipación.

Puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición dirigiéndote a servicios@prima.com.pe con el asunto Derechos Protegidos.

En caso tu pedido no haya sido atendido puedes presentar una reclamación ante la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales, dirigiéndose a la Mesa de Partes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Calle Scipion Llona 350, Miraflores, Lima, Perú).

Podrás consultar nuestra política de privacidad en https: //www.prima.com.pe/public-zone/sobre-prima-afp/politica-de-privacidad/

2. AUTORIZACIONES PARA USOS ADICIONALES Y TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN

Autorizas que Prima AFP, de manera directa o a través de sus encargados, te oferte por cualquier medio escrito, verbal, electrónico y/o informático lo siguiente:

Servicios y productos financieros; información sobre los programas de beneficios que Prima AFP o sus aliados comerciales tienen para ti; Información sobre los programas de fidelización de sus aliados comerciales; la posibilidad de participar en estudios e investigaciones de mercado, encuestas, focus group y cualquier otro foro destinado a evaluar nuevas experiencias de cliente.

Las comunicaciones o mensajes con las ofertas y/o publicidades podrán ser remitidas a través de medios escritos (por ejemplo, comunicaciones físicas), verbales (por ejemplo, mensajes de voz o llamadas telefónicas) o electrónicos/informáticos (por ejemplo, mensajes de texto, push notificaciones, WhatsApp, correo electrónico u otras plataformas de mensajería).

Prima AFP podrá transferir tu información a sus empresas vinculadas y socios comerciales ("Terceros Autorizados") cuya identidad y ubicación se encuentra disponible en https://www.prima.com.pe/public-zone/sobre-prima-afp/politica-de-privacidad/#empresas-y-socios-comerciales. Los Terceros Autorizados podrán usar tu información, directamente o a través de encargados, para realizar estudios de mercado, perfiles de compra, envío de publicidad, promociones y ofertas de los productos y/o servicios que estas ofrecen.

Finalmente, declaras tener conocimiento que la información enriquecida de manera legítima podrá ser compartida por Prima AFP a los Terceros Autorizados.

Prima AFP y los Terceros podrán conservar y tratar tu información en los términos establecidos en esta sección, mientras se mantenga nuestra relación contractual y hasta de diez (10) años de finalizada la misma.

Prima AFP podrá modificar cualquier disposición contenida en la presente autorización debiendo para ello cursar una notificación indicando sus alcances. En caso no estés de acuerdo con la modificación realizada podrás revocar el consentimiento a través de los medios puestos a disposición por Prima AFP. Cabe precisar que cualquier modificación unilateral que realice Prima AFP no podrá tener relación directa con datos sensibles (datos biométricos, ingresos económicos, información de salud, entre otros), según estos han sido regulados en Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.

*****La aceptación o no de esta autorización a la Sección 2 para "Usos Adicionales y Transferencia de Información" (ajenos a la ejecución de la relación contractual) no condiciona la prestación del servicio que estás contratando.***

Si acepto ☐ No acepto ☐

FIRMA DEL AFILIADO (**)

Fecha: __ - __ - ____

(**) Firmo este documento en señal de aceptación y declaro conocer y aceptar la integridad de las condiciones generales de los servicios solicitados, adjuntas al presente contrato.

PRIMA AFP
Grupo Crédito

HOJA DE DATOS ADICIONALES

PRI-001A-V01

FECHA

Nº SOLICITUD

ESCRIBA CON LETRA MAYUSCULA IMPRENTA, SIN TILDES. NO SOBREPASE LAS CASILLAS. RELLENE ASI

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL AFILIADO

Nº DOC. IDENTIDAD

2. REFERENCIA PARA LA DIRECCIÓN DE DOMICILIO DEL AFILIADO (Sólo para la dirección del afiliado que se consignó en el Contrato / Traspaso / Traslado)

CÓDIGO UBIGEO

3. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL AFILIADO

REMUNERACIÓN MENSUAL (En Soles —No incluir céntimos)

OCUPACIÓN (PROFESIÓN) CÓDIGO DESCRIPCIÓN

ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente

CÓDIGO UNIVERSIDAD

Nº HIJOS

TIENE DERECHO A BONO? SI NO

CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA EMPRESA ACTUAL

TIEMPO DE SERVICIOS Año(s) Mes(es)

4. DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DEL AFILIADO (En caso sea distinta a la consignada en el Contrato / Traspaso / Traslado)

Avenida Calle Pasaje Jirón Prolongación Parque Alameda Malecón Carretera Otros (describir)

Urbanización Asentamiento Humano Asociación Pueblo Joven Cooperativa Centro Poblado Conjunto Habitacional Otros (describir)

REFERENCIA DE LA DIRECCIÓN

DISTRITO

PROVINCIA

DEPARTAMENTO

CODIGO UBIGEO

FIRMA DEL AFILIADO
Autorizo el envío de mi correspondencia a esta dirección

5. LLENAR SOLO PARA CONTRATOS

SOLO PARA AFILIADO **NUEVO O PRIMER EMPLEO**

FECHA INICIO DE LABORES

SOLO PARA **REAFILIACIÓN**

CÓD. AFP ORIGEN NOMBRE DE AFP ORIGEN

6. LLENAR SOLO PARA TRASPASOS / TRASLADOS

LUGAR DE NACIMIENTO:

CÓD.UBIGEO

DESCRIPCIÓN (Peruanos: Distrito – Provincia – Departamento / Extranjeros: País)

Dist

Prov

Dpto

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO: Masculino Femenino

CÓD.NAC. NACIONALIDAD

7. DATOS DEL ASESOR

Nº MATRÍCULA APELLIDOS Y NOMBRES

8. INFORMACION RESOLUCION SBS Nº 2660-2015

A. TRABAJADOR INDEPENDIENTE: SI NO — Si marcó **SI** llenar al reverso el numeral 1

B. ¿HA DESEMPEÑADO FUNCIÓN PÚBLICA (CARGO DE DIRECCIÓN EN EL ESTADO) EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL PERÚ O EXTRANJERO? SI NO — Si marcó **SI** llenar al reverso el numeral 2

FR-002-0-000000001

INFORMACION REQUERIDA POR LA RESOLUCION SBS Nº 2660-2015 Y SUS MODIFICATORIAS

PRI-001R-V01

1. TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Ingresos Anuales (S/)

De ser actualmente PROPIETARIO DE UN NEGOCIO:

RAZON SOCIAL

RUC

VENTAS ANUALES (S/)

GIRO DEL NEGOCIO

CÓDIGO

Información de las Empresas a las que brindó servicios en los ÚLTIMOS 5 AÑOS

RAZON SOCIAL

PERÍODO LABORADO

GIRO DEL NEGOCIO

CÓDIGO

RAZON SOCIAL

PERÍODO LABORADO

GIRO DEL NEGOCIO

CÓDIGO

2. DESEMPEÑO DE FUNCIÓN PÚBLICA (CARGO DE DIRECCIÓN EN EL ESTADO) EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL PERÚ O EXTRANJERO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

CARGO DESEMPEÑADO

Empresa en la que tenga más del 25% de participación en el capital social, aporte o participación accionaria

RAZON SOCIAL

RUC

Socio principal o accionista mayoritario

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES

Nº DOC. IDENTIDAD

Cónyuge o Concubino:

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES

Parientes hasta el segundo grado de consanguinidad (Padres, Hijos, Abuelos, Nietos, Hermanos) y hasta segundo grado de afinidad (Abuelos del Conyuge, Padres del Conyuge, Hermanos del Conyuge e Hijos del Conyuge):

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES

GRADO DE PARENTESCO

(*) FIRMA DEL AFILIADO

(*) Declaro que la información proporcionada se ajusta a la verdad y ha sido brindada según lo solicitado por la Resolución SBS Nº 2660 2015, por lo cual asumo total responsabilidad.