



Autorización de pago de Primas Por Tarjeta de Crédito

Yo, _____, portador de la cédula de identidad personal

No. _____, por este medio autorizo que carguen las primas de mis Pólizas de Seguros identificadas con los siguientes números:

Nombre del Asegurado	Número de Póliza	Día de Cobro	Monto del Descuento
Total del Descuento			B/.

a mi tarjeta de crédito: ☐ Visa; ☐ MasterCard; ☐ American Express (marque una)
del Banco: _____.

Número , que vence en

Teléfono Residencial		Oficina / Celular		Correo Electrónico	
Dirección:					
Apartado Postal:					

IMPORTANTE

Agradecemos, sírvase completar los datos solicitados al reverso de este documento, con el fin de servirle mejor.

El importe de las primas está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentados al Banco para su cobro.

Esta autorización permanecerá vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Firma del Asegurado
(Igual que en la tarjeta)

Fecha

Para Uso de la Oficina:	
Fecha de Recibido en Cobros:	

Enviar al Departamento de Cobros para su debido proceso

(Favor completar este formulario con letra de imprenta. Los campos marcados con * son obligatorios)

Persona Natural			
Tipo de Identificación *		Cédula *	
Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>			
1er Nombre*		2do Nombre*	
1er Apellido*		2do Apellido*	
Apellido de casada		Nacionalidad (Indique el país*)	
Fecha de Nacimiento*		Sexo*	
día mes año		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
		Seguro Social	
Dirección			
Barrio*		Calle*	
Edificio/Condominio		No. Casa o Apto.*	
Tiene e-mail*	Tel. Residencia*	Celular	Tel. Oficina
	Correo Electrónico*		Fax
NO <input type="checkbox"/>			
SI <input type="checkbox"/>			
Apartado Postal		País*	Provincia*
Distrito*		Corregimiento*	
Empresa donde labora		Dirección de Internet	

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firmado en Panamá, República de Panamá el día _____ de _____ de _____.

Firma del Cliente

58M00015