

FORMULARIO DE PAGADOR DE PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

F-PRO-49. V1

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el Departamento de Productos para recolectar información del pagador de la póliza de Vida Individual

DATOS DE LA SOLICITUD /PÓLIZA					
N° de Solicitud/Póliza		Nombre del Asegurado			
DATOS DEL PAGADOR					
Relación con el asegurado					
Persona Natural			Persona Jurídica		
Nombre/Apellido:			Nombre:		
Cédula/Pasaporte:					
Empresa donde labora:					
Ocupación:		Tiempo de Empleo:		RUC:	
		Años	Meses		
Salario mensual:		Otros Ingresos:			
SEGUROS DE VIDA EN VIGOR DEL PAGADOR					
Compañía Aseguradora		Año de Emisión		Monto del Seguro	
SEGUROS DE VIDA EN VIGOR DE HERMANOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (Seguro Juvenil)					
¿Cuántos hermanos hay en la familia?		Favor completar los datos de cada uno			
Nombre y Apellido	Edad	Compañía Aseguradora	Monto del Seguro	Si no cuenta con seguro, indicar el motivo	

"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."

Firma del Pagador

Lugar

Fecha