

Contratante/ Asegurado:				Póliza N°:																					
Dirección de trabajo:			Teléfonos:																						
Dirección residencial:		Teléfonos:		Correo electrónico:																					
Plan/Deducible (*para mayor cobertura completar solicitud)																									
Solicito cambiar el plan o deducible actual a:																									
Planes MetroBlue Internacional																									
	Ultra Individual	\$1,000 / \$10,000	\$2,500 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000																					
	Premium Individual																								
	Ejecutivo Individual																								
	Ultra Plus Vitalicio	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>\$ 1,000,000 (S/A)</div> <div>\$ 2,500,000 (S/A)</div> </div>																							
	Premium Plus Vitalicio																								
	Ejecutivo Plus Vitalicio																								
	Ultra Plus BMA																								
	Premium Plus BMA																								
	Ejecutivo Plus BMA																								
	Metroblue Plus Deducible	\$1,000 / \$10,000	\$2,500 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$10,000	\$15,000 / \$15,000																			
	Metroblue Desembolso Máximo Anual	\$4,000 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000	\$7,500 / \$15,000	\$10,000 / \$20,000	\$12,500 / \$25,000																			
Planes Locales																									
ASSA Medic		ASSA Medic Care			Metroblue Ultra Light (BMA)																				
Copago	Deducible	\$150,000	\$300,000	\$250,000 \$350,000	\$300,000 \$500,000																				
Cambio de Forma de Pago																									
1. Descuento directo de tarjeta de crédito Banco: _____ N° de tarjeta: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Master Card Visa Amex </div> Vencimiento: Mes _____ Año _____ Favor Firmar autorización de descuento: _____ Día de Pago: _____																							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 2. Transferencia electrónica ACH Completar formulario de autorización </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 3. Pago voluntario (caja, banca en línea, transf. bancaria) (MetroBlue Ultra Light - Anual) (Otros Trimestral, Semestral o Anual) </div>		
Frecuencia de Pago:																									
1. Mensual	2. Trimestral	3. Semestral	4. Anual																						

Exclusión de Familiar Asegurado			
Apellidos	Nombres	Parentesco	Cédula
Cambio de Corredor			
Al término de la vigencia solicito cambiar el corredor actual a:		Licencia De Corredor:	
Cambio de Contratante de Póliza (Se traspa en su totalidad todos los derechos, privilegios y obligaciones)			
Contratante Anterior:			
Nuevo Contratante:		Cédula:	
Fecha de Nacimiento:	/ /	R.U.C:	
Cambio de Responsable de Pago (La Carta de Renta para declaraciones de gastos médicos, solo serán expedidas a nombre del <u>Contratante</u> de la póliza)			
Responsable de pago anterior:			
Nuevo responsable de pago:		Cédula:	
Fecha de Nacimiento:	/ /	R.U.C:	
Cancelación de Póliza			
Solicito la cancelación de la Póliza a partir de: / /		Por el Motivo de:	
<p>Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y tales cambios no estarán en vigor, hasta que esta solicitud sea aprobada por LACOMPAÑÍA. (Todo cambio o modificación adjuntar copia de cédula)</p> <p>“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.”</p> <div><div>Contratante</div><div>Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____.</div></div> <div><div>Nuevo Contratante</div><div></div></div>			
Este espacio es para uso de ASSA Compañía de Seguros, S.A.			
Fecha de Aprobación e Inscripción		Representante Autorizado	