

SOLICITUD DE CAMBIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE VIDA COLECTIVO

F-PRO-01. V1

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos Vida para registrar solicitudes de modificación a la póliza.

Póliza No.: _____ Nombre del Contratante de la Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Cédula: _____ Certificado No.: _____

Beneficiario (s) Principal (es)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Beneficiario (s) Contingente (s)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Alguno de los beneficiarios **PRINCIPALES** o **CONTINGENTES** es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?

☐ No ☐ Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre: _____

Si al momento de mi muerte mi beneficiario es menor de edad, el producto de mi Póliza deberá entregarse a:

Nombre (s)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Nota: de requerir actualizar información del cliente, deberá completar el **Formulario de Datos Generales del Cliente**.

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuera el caso. Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a la Compañía única y exclusivamente cuando hubiese sido notificado por escrito a ésta última y registrado en los archivos de la Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados o acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

CONVENGO que la Compañía dispondrá de 60 días para considerar y dar curso a la presente solicitud.

Firma Asegurado Principal

Día Mes Año
Fecha

Firma del Contratante

¹ Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Será considerado PEP hasta por un período de dos (2) años posterior al cese de las funciones del cargo.

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuestas Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

"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 cédula, 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."