

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Asegurado:

N° de Póliza: Celular:

Fecha efectiva de la póliza: E-mail:

2. RESCATE DE VALORES

☐ Rescate Parcial ☐ Rescate Total

Total de valores efectivos	B/.
Menos cargo por rescate parcial/total	B/.
Otros	B/.
Total a recibir:	B/.

Según fecha efectiva de la póliza, todos los meses en el día de aniversario se deducen del valor acumulado los costos del seguro, los cargos sobre la prima y los cargos por derecho de póliza. Si en el transcurso del trámite de rescate de valores, la póliza cumple su día de aniversario mensual, se actualiza el valor acumulado, por lo que **el monto total a recibir del Rescate Parcial y Rescate Total, puede ser menor con respecto al monto solicitado en este formulario, de suceder esta condición, recibirá el monto total disponible que resulte luego de las deducciones antes mencionadas.**

Dichos valores se aceptan en pago completo y entera satisfacción de todos los derechos, reclamos y demandas conforme a la póliza.

1)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si está cancelando su Póliza por razones económicas, ¿Le plantearon la posibilidad de préstamo sobre su Póliza de Vida Individual?
2)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que esté cancelando su Póliza para emitir una en otra compañía, ¿Se le fue presentado uno de nuestros nuevos productos como los planes a término con prima nivelada?
3)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Le conversaron sobre el privilegio de conversión, la diputabilidad y el recargo por rescate el cual empezaría nuevamente al adquirir la Póliza en otra compañía?
4)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso de solicitar más suma asegurada, ¿Le conversaron sobre la posibilidad de aumentar su Póliza actual y los beneficios que conlleva, sobre adquirir una nueva?
5)	La razón por la que decidió cancelar la Póliza?	

Disminución de suma asegurada opción (A) nivelado

- De acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza si el valor acumulado es incluido en el beneficio de muerte (opción A); entonces, la suma asegurada se reducirá en una cantidad igual al monto del rescate parcial.
- Es decir, mediante este escrito se hace constar y queda entendido que se modifica la suma asegurada de la póliza según la suma de rescate solicitada.
- Quedan inalterados los demás Términos y Condiciones establecidos en la póliza, menos los referentes a este ENDOSO.

Firma de aceptación:

Documentos adicionales requeridos obligatorios

- Copia de cédula vigente o pasaporte vigente.
- Formulario de Conoce a tu Cliente.
- Formulario CRS-FATCA.

Nota importante

Todo **rescate parcial**, variaciones en su prima programada, dejar de hacer los aportes de prima programada, rehabilitaciones, aumentos de suma asegurada e inclusión de coberturas, la proyección original de su póliza se verá afectada, causando la caducidad (terminación del contrato) antes de la duración ilustrada en la propuesta inicial.

En caso de requerir más información, contacte a su Corredor de Seguros, escríbanos al Whatsapp 6601-2772 o a través de nuestras direcciones de correo electrónico servicioalcliente@assanet.com o conservacionvida@assanet.com y con gusto le atenderemos.

Si el Contratante de la póliza desea recibir los fondos de rescate a través de una transferencia electrónica (ACH), favor completar los datos de su cuenta bancaria en la segunda hoja del documento.

"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 Contratante

Cédula

Teléfono

ASSA Compañía de Seguros
Firma Autorizada

Panamá, República de Panamá, _____ de _____ de _____

Al completar y firmar este documento, yo como firmante legal, autorizo, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos ("ACH"), cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a mi favor, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo mis datos personales y detalles de la cuenta bancaria para los ACH respectivos, de acuerdo con el presente Formulario:

Datos Personales

Nombre: _____ N° de cédula: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Datos de la cuenta bancaria

Nombre de la Cuenta: _____ Número de Cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____

En consideración a lo anterior, declaro y acepto bajo gravedad de juramento, que los datos proporcionados en el presente Formulario Único - Transferencia Internacional - Persona Natural son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a ASSA Compañía de Seguros ("La Compañía"), Sucursales, Filiales y/o Entidad Controladora, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido suscrito como firmante legal. De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Realizar cualquier pago y/o desembolso de saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.
- Descontar del pago, cualquier cargo y/o costo de la transferencia internacional, previa notificación de La Compañía.

Es responsabilidad del firmante legal, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

"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."

Firma Legal

(Igual a la cédula de identidad personal)

Fecha

Enviar en digital, completo y firmado a servicioalcliente@assanet.com, junto con la copia de cédula.

Al completar y firmar este documento, yo en calidad de Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica identificada en este Formulario Único, autorizo, acepto y confirmo expresamente recibir por medio del Sistema de Transferencia Electrónica de Fondos entre Bancos ("ACH"), cualquier reembolso, devolución, desembolso y/o pagos económicos a favor de nuestra Persona Jurídica, a partir de la fecha. Para este fin, a continuación proveo los datos de la Persona Jurídica a quien represento, junto a los datos de la cuenta bancaria para los ACH respectivos, de acuerdo con el presente Formulario:

Datos del cliente - Persona Jurídica

Razón Social: _____ . R.U.C.: _____ D.V.: _____

Representante Legal/Apoderado Legal: _____ . Cédula: _____

E-mail: _____ . Teléfono: _____

Datos de la cuenta bancaria

Nombre de la Cuenta: _____ Número de Cuenta: _____

Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____

En consideración a lo anterior, declaro y acepto bajo gravedad de juramento, que los datos proporcionados en el presente Formulario Único - Transferencia Internacional - Persona Jurídica son correctos y reales. Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a ASSA Compañía de Seguros ("La Compañía"), Sucursales, Filiales y/o Entidad Controladora, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido firmado como Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica. De la misma manera, acepto que La Compañía, se reserve el derecho a:

- Devolver saldos a través del medio por el cual se cobró la prima.
- Realizar cualquier pago y/o desembolso de saldos a favor, por medio de cheque, como medio alternativo, previa comunicación al cliente.
- Descontar del pago, cualquier cargo y/o costo de la transferencia internacional, previa notificación de La Compañía.

Es responsabilidad del firmante como Representante Legal/Apoderado Legal de la Persona Jurídica, notificar de manera escrita a La Compañía, cualquier cambio en los datos proporcionados en este documento, para lo cual deberá completar un nuevo formulario.

"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."

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal

Fecha

Enviar en digital, completo y firmado a servicioalcliente@assanet.com, junto con la copia de cédula y certificado de Registro Público o Escritura legal en caso del Apoderado Legal.