

Póliza No. \_\_\_\_\_

Nombre del dueño \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

☐ **Cambio de dirección:**

Calle/Avenida: \_\_\_\_\_ Casa/Edificio: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Urbanización: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Dónde trabaja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Apartado: \_\_\_\_\_

☐ **Cambio de plan o suma asegurada:**

De	Plan	Suma
A	Plan	Suma

La ocupación del presente es: \_\_\_\_\_

Referencia comercial: \_\_\_\_\_

Referencia bancaria: \_\_\_\_\_

**Conversión del plan:**

Fecha original \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha corriente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad actual \_\_\_\_\_

Fecha de venc. período conversión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ingresos mensuales actuales: B/. \_\_\_\_\_

Cuenta: \_\_\_\_\_

Cuenta: \_\_\_\_\_

☐ **Cambio de modo de pago:**

☐ Anual

☐ Semestral

☐ Cuatrimestral

☐ Bimestral

☐ Trimestral

☐ Mensual

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Voluntario

☐ Desc. Salario

☐ Desc. Bancario

☐ **Beneficios deseados:**

Beneficios deseados

Prima

Vida

B/. \_\_\_\_\_

Exoneración de Prima

B/. \_\_\_\_\_

Muerte Accidental Muerte

B/. \_\_\_\_\_

Accidental y Desm.

B/. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B/. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B/. \_\_\_\_\_

Solicitud Especial:

☐ **Cambio de contratante de Póliza:**

Se traspasan en su totalidad todos los derechos, privilegios y opciones.

Dueño Anterior: \_\_\_\_\_ Cédula / R.U.C. \_\_\_\_\_

Nuevo Dueño: \_\_\_\_\_ Cédula / R.U.C. \_\_\_\_\_

☐ **Cambio o corrección en el nombre del asegurado:**

Cambio a: \_\_\_\_\_

☐ **Cambio a:** ☐ Fumador ☐ No Fumador

Por no fumador se entiende la persona que no fuma cigarrillos, ni tabaco, ni pipa, ni siquiera ocasionalmente. En el caso de una persona que haya dejado de fumar, para ser considerado no fumador debe haberlo dejado por lo menos 12 meses antes de la fecha.

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y convengo además, que tales cambios no serán efectivos, sino hasta que ésta solicitud haya sido aprobada por La Compañía. En caso de solicitud de cambio en el plan o en la cantidad, por la presente renuncio a todos los derechos, título o intereses en la Póliza, antes del cambio aquí solicitado.

“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 \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Testigo

\_\_\_\_\_  
 Asegurado

\_\_\_\_\_  
 Contratante Anterior

\_\_\_\_\_  
 Nuevo Contratante

Este espacio es para la oficina principal únicamente

\_\_\_\_\_  
 Fecha de aprobación de inscripción

\_\_\_\_\_  
 Representante Autorizado