

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS - BREVE

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector

Póliza de Vida N°: \_\_\_\_\_ Póliza de Salud N°: \_\_\_\_\_ Certificado N°: \_\_\_\_\_

### Tipo de Movimiento:

Nuevo: ☐

Inclusión Dependientes: ☐

### DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombres: \_\_\_\_\_  
1er Nombre 2do Nombre

Apellidos: \_\_\_\_\_  
1er Apellido 2do Apellido A. Casada

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año País de Nacimiento

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
País/Prov. Urb. Calle Apto/casa

Teléfono Res: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? Sí ☐ No ☐

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

N° de Póliza: \_\_\_\_\_

### DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL PATRONO

Empleador: \_\_\_\_\_

Filial: \_\_\_\_\_ Clase: \_\_\_\_\_

Dirección laboral: \_\_\_\_\_  
País/Prov. Urb. Calle Edif/Ofi/Local

Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Empleo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

Salario mensual: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASEGURADO (S) DEPENDIENTE (S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD

Nombres/Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	Cédula/Pasaporte
Cónyuge		Día Mes Año			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Hijo (s)		Día Mes Año			
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

### COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Sólo si aplica)

Beneficiario (s) Principal (es)	Edad	SUMA ASEGURADA: Parentesco	\$ Cédula	%
Beneficiario (s) Contingente (s)	Edad	Parentesco	Cédula	%
Si al momento de mi muerte mi beneficiario es menor de edad, el producto de mi Póliza deberá entregarse a:				
Nombre (s)	Edad	Parentesco	Cédula	%

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 ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante 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.

**AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)**

Nombre de la cuenta:		Banco:		
N° de la cuenta:		Tipo de cuenta:	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Firma:		Cédula:		
Correo electrónico:				
(Importante para que reciba la hoja de Liquidación de los reclamos presentados, objeto del pago efectuado a su cuenta)				

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de seguro de grupo contratada entre el CONTRATANTE (Empleador), arriba mencionado y La Compañía. En consecuencia, doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes en relación con el mencionado seguro.

Hago constar que los datos y respuestas de esta solicitud y de las declaraciones para apreciación de riesgo que forma parte de la misma, son verdaderos y completos. Igualmente el solicitante declara que la información proporcionada en esta solicitud, la cual formará parte integrante del contrato de seguro, es conforme a la verdad y que no se han hecho omisiones u ocultaciones intencionales. Conviene además que el seguro entrará en vigor una vez esta solicitud haya sido aceptada por La Compañía.

"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."

	Día	Mes	Año	Firma del Contratante
	Fecha			

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	Firma de quien aprueba/rechaza						
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		Fecha de aprobación/rechazo			Fecha Efectiva		
Observaciones:							