

**I Primera Parte**

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información

**1. Datos Generales del Propuesto Asegurado**

**1.1. Datos Personales**

1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ F ☐ M

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País Ciudad

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ ¿Otras nacionalidades? ☐ No ☐ Sí, indique el país: \_\_\_\_\_

**Nota:** Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 3 meses de residir en la República de Panamá, debe completar el **Cuestionario para Solicitantes de Nacionalidad Extranjera**.

Teléfonos: Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Otros: \_\_\_\_\_

Nombre completo del cónyuge o pareja: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

**1.2. Dirección Residencial**

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Casa o Edificio/Condominio: \_\_\_\_\_

No. Apartamento: \_\_\_\_\_ Urbanización/Área Poblada: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_

Dirección física/postal para recibir correspondencia: ☐ Igual a la dirección de residencia ☐ Otra (favor detallar): \_\_\_\_\_

**1.3. Datos de Trabajo**

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación/Actividad Actual: \_\_\_\_\_

Describe sus funciones: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación?: \_\_\_\_\_ Otras ocupaciones actuales: \_\_\_\_\_

Ocupaciones anteriores: \_\_\_\_\_ ¿Piensa usted cambiar de ocupación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ No. de empleado público: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

1.4. Detalle de los seguros en vigor a su nombre				
Compañía	Seguro de Vida (Suma Asegurada)	Muerte Accidental (Suma Asegurada)	Seguro de Salud	Año de Emisión

¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida individual o colectivo o contra accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación?    Sí    No. En caso afirmativo indíquese

Compañía	Cantidad	Fecha

¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o rehabilitación en alguna otra compañía?

Sí    No

En caso afirmativo, favor detallar: \_\_\_\_\_

1.5. Información Financiera		
	Año en curso	El año pasado
Salario Anual		
Dividendos		
Otros Ingresos		
Total Ingresos		

1.6. Estilo de Vida			
1.	¿Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor completar el <b>Cuestionario de Aviación</b> .	Sí	No
2.	¿Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor completar el <b>Cuestionario de Deportes y Actividades Peligrosas</b> .	Sí	No
3.	¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? A) En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo _____ ¿Cuántos al día? _____	Sí	No
4.	¿Ha usado cualquier otro producto conteniendo nicotina en los últimos doce meses? A) En caso afirmativo, ¿cuál y cada cuánto lo usa? _____	Sí	No
5.	¿Ha sido condenado por algún delito? A) En caso afirmativo, favor detallar: _____	Sí	No
6.	¿Tiene o ha tenido procedimientos administrativos o judiciales? A) En caso afirmativo, favor detallar: _____	Sí	No
7.	¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	Sí	No

8.	¿Ha consumido o consume algún tipo de droga o sustancia ilícita?	Sí	No
9.	¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	Sí	No
10.	¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? ¿Vuela en aviones privados? En caso afirmativo, favor de completar el <b>Cuestionario de Viaje</b> .	Sí	No

**Nota:** si en el transcurso de los próximos dos (2) años y únicamente ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, yo efectuare algún cambio en mi actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa, quedo comprendido a dar aviso de inmediato a la Compañía.

### 1.7. Detalle de Póliza y Coberturas Suplementarias

Plan: \_\_\_\_\_ Plazo: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Opción: A B

Prima Planeada \$ \_\_\_\_\_ Prima Mínima/Básica Anualizada \$ \_\_\_\_\_

Exoneración de primas \$ _____	Anticipo de Capital \$ _____
Renta por incapacidad diaria por accidente \$ _____	Renta hipotecaria \$ _____ /Con desempleo \$ _____
Muerte accidental \$ _____	Muerte Accidental y desmembramiento \$ _____ Años _____
Enfermedades graves \$ _____	Beneficio Inc. Pago anticipado (BIPA) \$ _____
Asegurado adicional / Otro asegurado \$ _____	
Otros \$ _____	

### A) Forma de Pago

1. Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: \_\_\_\_\_

No. de tarjeta: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Master Card

Visa

AMEX

Vencimiento: Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

2. Transferencia electrónica ACH

**Nota:** llenar formulario ACH

3. Desc. Directo Cuenta Corriente

4. Transferencia de fondos (banca en línea)

5. Pago voluntario

6. Descuento de planilla (solamente) C.S.S. APADEA

7. Descuento de salario vía electrónica solamente (ACH)

Favor firmar autorización de descuento: \_\_\_\_\_

### Periodicidad:

1. Mensual

3. Trimestral

5. Semestral

2. Bimestral

4. Cuatrimestral

6. Anual

**B) Responsable de Pago: completar solo si es distinto al Asegurado/Cont**

**Favor detallar su vínculo con el Asegurado:** \_\_\_\_\_

**3.1. Persona Jurídica**

Razón social: \_\_\_\_\_ No. R.U.C: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

País de constitución: \_\_\_\_\_ País donde opera: \_\_\_\_\_

Actividad a la que se dedica: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Apartado: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**3.2. Persona Natural**

1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**3.3. Dirección de Cobros**

Urbanización o área poblada: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_

Calle o avenida: \_\_\_\_\_ Casa o edificio/condominio: \_\_\_\_\_

No. de Apartamento: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Apdo. Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_

Cel./Teléfono: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**C) Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza si es distinto al asegurado**

**4.1. Persona Jurídica**

**Favor detallar su vínculo con el asegurado:**

Hombre clave Cobertura de Préstamo Seguro de Socios Otro (detallar): \_\_\_\_\_

Razón social: \_\_\_\_\_ No. R.U.C: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

País de constitución: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_ País donde opera: \_\_\_\_\_  
Actividad a la que se dedica: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ Apartado: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**Titularidad y estructura de control de la sociedad:** solamente se deben incluir aquellos socios que **posean el 10% o más de participación** en el capital social de la empresa.

Accionista o propietario		Porcentaje de participación	Cédula o Pasaporte	Nacionalidades
Nombre	Apellido			

**Nota:** favor completar **Autocertificación de Residencia Fiscal – PJ**.

**4.2. Persona Natural (En caso que el Contratante sea igual al Asegurado favor completar solamente dentro de ésta sección el punto 4.5 (Autocertificación de Residencia Fiscal))**

**Favor detallar su vínculo con el asegurado:**

Protección Familiar    Cobertura para la vejez    Garantía de Préstamo    Otro (detallar): \_\_\_\_\_

1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
País Ciudad

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ ¿Otras nacionalidades? indique el país: No Sí, \_\_\_\_\_

**4.3. Dirección Residencial:**

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Casa o Edificio/Condominio: \_\_\_\_\_

No. de Apto.: \_\_\_\_\_ Urbanización/Área Poblada: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_

Dirección física/postal para recibir correspondencia:

Igual a la dirección de residencia    Otra (favor detallar): \_\_\_\_\_

**4.4. Datos de Trabajo**

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación/Actividad Actual: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**4.5. Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Natural (completar si es un producto con ahorros)****Confirmación de la Ciudadanía****Declaro que:**

Soy ciudadano de:

Panamá      Estados Unidos No.TIN/NSS: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Poseo nacionalidad:

Panameña      Estados Unidos No.TIN/NSS: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Confirmación de la Residencia Fiscal (país donde declara sus impuestos)**

- ¿Su residencia fiscal es en Panamá?      Sí      No. ¿Declara usted impuestos en otro país **distinto a Panamá?**      Sí      No

- Si usted declara impuestos en otro **país distinto a Panamá**, favor indicar el país y el No. de Identificación Fiscal en la siguiente tabla:

	País	Número de Identificación Fiscal	Si no tiene número, indicar motivo	
1.			El país no emite o no requiere número	No puedo obtenerlo (explique*)
2.			El país no emite o no requiere número	No puedo obtenerlo (explique*)

***\*Por favor, explique en las siguientes líneas, por qué usted no puede obtener un número de identificación fiscal.***

**D) Beneficiarios**

La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

**Principales**

Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

***No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección***

**Contingentes**

Primer Apellido/Segundo Apellido	Primer Nombre/Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje


**No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección**

#### E) Instrucciones especiales para el pago de beneficiarios

- (1) que si a mí fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponda sea entregado para su libre administración a:
- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_
- (2) que si a mí fallecimiento no existieren Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda sea entregado para su libre administración a:
- Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_
- (3) que todas las instrucciones se sujeten a las estipulaciones y cláusulas Generales y Especiales de la Póliza. Si el producto de la Póliza ha sido otorgado a un beneficiario oneroso ya sea persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía Aseguradora considerará esta instrucción en primera instancia y de haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída para con cualquier beneficiario oneroso, la Compañía de Seguros entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a las instrucciones descritas en la solicitud o posteriores modificaciones hechas por el contratante y aceptadas por la Compañía.
- Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado, y (B) Resérvese al dueño el derecho de cambiar beneficiario.

#### F) Beneficiario Oneroso

\_\_\_\_\_ quien recibe los derechos de propiedad de la Póliza,  
donde aparezcan sus intereses hasta por la suma de: \_\_\_\_\_

## II Segunda Parte

### 1. Historia Médica

**Nota al Solicitante:** Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato de seguro.

Si el propuesto asegurado tiene como requisito exámenes médicos, favor detallar:

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

1. a) Nombre y dirección de su médico particular o médicos tratantes consultados, si no tiene sírvase indicarlo.
- b) ¿Cuándo le consultó por última vez y por qué? \_\_\_\_\_
- ¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fue recetado? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

2.	Estatura Exacta (mts.): _____ Peso Exacto (lbs.): _____ ¿Ha disminuido de peso en el último año? ¿Cuánto? _____ ¿Tiene usted sobrepeso?	Sí    No Sí    No	Si alguna de éstas preguntas ha sido contestada "SI" sírvase dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, nombres del médico, etc.
3.	¿Tiene usted algún menoscabo de vista u oído? Dé detalles.	Sí    No	
4.	Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (subraye la frase pertinente)		
	a) ¿Presión arterial elevada? (en caso afirmativo favor solicitar cuestionario)	Sí    No	
	b) ¿Soplos, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedades del corazón, dolor alrededor del corazón, palpitaciones o enfermedad del sistema circulatorio o anormalidad en la sangre?	Sí    No	
	c) ¿Cáncer?	Sí    No	
	d) ¿Tumor, quiste o crecimiento?	Sí    No	
	e) ¿Tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, alergias o cualquier trastorno de los pulmones, o vías respiratorias?	Sí    No	
	f) ¿Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso?	Sí    No	
	g) ¿Isquemia cerebral transitoria?	Sí    No	
	h) ¿Fiebre reumática, artritis, gota, neuritis, ciática, o cualquier trastorno de la espalda, columna, huesos, articulaciones o músculos?	Sí    No	
	i) ¿Diabetes, azúcar en la orina o azúcar elevada? ¿Le han recomendado el uso de la insulina o metformina?	Sí    No Sí    No	
	j) ¿Bocio o problema de tiroides o cualquier trastorno del metabolismo?	Sí    No	
	k) ¿Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o del hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto, helicobacter pylori?	Sí    No	
	l) ¿Nefritis, albúmina en la orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones o conductos genitourinarios, sangre en la orina?	Sí    No	
	m) ¿Se le ha hecho electrocardiogramas, rayos X, CAT, resonancia magnética, tratamiento de radioterapia? ¿Por qué?	Sí    No	
	n) ¿Cualquier enfermedad, operación, lesión o deformidad?	Sí    No	
5.	¿Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos o ha estado bajo tratamiento en alguna clínica o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 10 años, fuera de lo arriba declarado?	Sí    No	
6.	Según su leal saber y entender, ¿Padece usted ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?	Sí    No	



7. ¿Ha consultado algún profesional por nervios o estrés?	Sí	No	
8. ¿Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicina para el corazón o para presión arterial? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos? ¿Tiene glicemia elevada?	Sí	No	
9. a) ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?	Sí	No	
b) ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas?	Sí	No	
10. ¿En los últimos diez (10) años usted ha tenido pruebas serológicas con resultados positivos?	Sí	No	
11. ¿Ha tenido o le han dicho que tenía Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA") Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	Sí	No	
<b>12. Para Mujeres</b>			
a) Según su leal saber y entender:			
1. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿Cuántos meses tiene? Nombre del médico que la atiende: _____ Adjunte control de embarazo	Sí	No	
2. ¿Ha tenido usted o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, matriz, trompas, ovarios o del útero, o cualquier trastorno de los órganos femeninos? ¿Se ha hecho usted examen de papanicolau, mamografía, ultra sonido de mamas? ¿Desintometría Ósea?	Sí	No	
b) ¿Endometriosis, dolor pélvico, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas o complicaciones durante el embarazo?	Sí	No	
c) ¿Ha tenido usted abortos o complicaciones durante el embarazo?	Sí	No	
d) Número de hijos: _____ Edad del menor: _____	Sí	No	
<b>13. Para Hombres</b>			
a) ¿Usted se ha hecho alguna vez un PSA y su resultado ha sido mayor a 2.5 ng/ml? ¿Padece prostatitis, hipertrofia prostática benigna, nódulo prostático?	Sí	No	
b) ¿Padece de varicocele, desórdenes en los órganos reproductivos?	Sí	No	
c) ¿Se le ha aconsejado o realizado biopsia de próstata?	Sí	No	
d) ¿Se le ha operado de la próstata?	Sí	No	

2. Historia Familiar				
Parentesco	Edad de vivos	Estado de Salud, dé detalles completos de cualquier enfermedad que sufran	Edad al fallecer	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
<b>Hijos:</b> ( )				
No. de vivos ( )				
No. de muertos ( )				
<b>Hermanas:</b> ( )				
No. de vivos ( )				
No. de muertos ( )				
<b>Hermanos:</b> ( )				
No. de vivos ( )				
No. de muertos ( )				

Entre sus parientes inmediatos, ¿ha habido casos de diabetes, cáncer, tumores, epilepsia, presión arterial elevada o enfermedades del corazón      ☐ Sí      ☐ No. En caso afirmativo, dar detalles

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III Tercera Parte: Autorizaciones y Firmas

<b>1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional</b> Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, releven o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a ASSA Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la ley para que informen o releven de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada. Fundamentado en la ley 68 del 20 de noviembre del 2003
<b>2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito</b> Doy mi consentimiento y autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico. Igualmente libero de toda responsabilidad a ASSA compañía de Seguros, S.A., por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización. Fundamentada en la ley 24 del 22 de mayo de 2002.
<b>3. Autorización para verificación de identidad</b> Autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A. a consultar con mi total consentimiento el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.
<b>4. Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Natural</b>

ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía se basará en la información proporcionada en este documento para satisfacer nuestras obligaciones en virtud de la Ley N° 47 de 2016 (Cumplimiento Impositivo Fiscal de Cuentas Extranjeras – FATCA), así como la Ley N° 51 de 2016 (Intercambio de Información para Fines Fiscales) y a los correspondientes acuerdos de intercambio de información tributaria suscritos por Panamá con los Estados Unidos de América y otros gobiernos.

Comprendo que la información aquí declarada es aplicable a las leyes arriba mencionadas, por lo que autorizo la comunicación - también en el extranjero - de los datos, a la Casa Matriz de ASSA y a sus subsidiarias, a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objeto de cumplir con aquellos acuerdos que tanto la Casa Matriz como sus filiales o sucursales estén obligadas.

#### 5. Condiciones especiales y limitaciones aceptadas por el solicitante

Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera a la segunda parte conjuntamente y que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier Póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda examinar en lo sucesivo, relevar todo conocimiento o información adquiridos por tal médico.

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí en la primera o en la segunda parte de esta solicitud, así como la hechas al médico examinador son verídicas y han sido suministradas por mí a fin de obtener la Póliza solicitada y convengo en que:

- (1) La Compañía no contraerá fraude.
- (2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y sea aprobada por la Compañía.
- (3) Mi aceptación de la Póliza que se emita en base a esta solicitud que forma parte integral del contrato, y se constituirá en el perfeccionamiento legal del mismo.
- (4) Si dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de esta solicitud no recibiere la Póliza o si no se notificara su aprobación o rechazo durante tal período, se considerará rechazada.

Firmado en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante o Dueño de la Póliza  
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado)

\_\_\_\_\_  
Firma del Corredor de Seguros

#### Informe del Agente/Corredor

1. ¿Desde cuándo conoce usted al Propuesto Asegurado? \_\_\_\_\_
2. ¿En cuánto estima su valor neto? \_\_\_\_\_
3. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual? \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene usted conocimiento de alguna información sobre el carácter, ocupación, actividades que práctica o salud del Propuesto Asegurado, que pudiera afectar el riesgo y que no ha sido declarada en la solicitud?

En tal caso, dé detalles: \_\_\_\_\_

5. Dé dos nombres y respectivas direcciones de personas que conozcan bien al Propuesto Asegurado, que no estén emparentadas con él y que puedan dar información fidedigna acerca del Solicitante:

**Nombre:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Dirección:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Adjuntar si es necesario, Formulario de Activos y Pasivos en el Informe Financiero.**

#### Observaciones

**Nota:** Espacio reservado para comentarios adicionales del corredor.

**Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada correctamente según mi leal saber, y entender recomiendo al Propuesto Asegurado.**

“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 Agente/Corredor

\_\_\_\_\_  
Firma de la Agencia

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](mailto: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](mailto:servicioalcliente@assanet.com), junto con la copia de cédula y certificado de Registro Público o Escritura legal en caso del Apoderado Legal.