

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

Nombre Completo: Sexo: ☐ F ☐ M

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

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

¿Tiene hijos?: ☐ Si ☐ No ¿Cuántos? Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: Mes: Año:

Lugar de nacimiento: Ciudad: País:

Teléfonos: Residencia: Celular: Oficina:

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: Casa o Edificio/Condominio:

No. Apartamento: Urbanización/Área Poblada:

Distrito: Corregimiento: Provincia:

País: Email:

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: Ocupación/Actividad Actual:

Describe sus funciones:

Empresa donde trabaja: ¿Cuánto lleva en esta ocupación?:

Otras ocupaciones actuales: En caso afirmativo explique:

Rango de Ingreso Familiar Mensual:

Menos de B/.500	B/.501 a B/.1,000	B/.1,001 a B/.2,000	B/.2,001 a B/.3,000
B/.3,001 a B/.4,000	B/.4,001 a B/.5,000	B/.5,001 a B/.6,000	B/.6,001 a más

1.4 Datos del Cónyuge

Nombre completo del cónyuge: Cédula/Pasaporte:

Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año: Email:

Empresa donde labora: Ocupación:

Descripción de sus funciones: Otras ocupaciones :

2. Formas de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco:

N° de tarjeta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Master Card

Visa

AMEX

Diners

Vencimiento: Mes Año

2- Transferencia electrónicaACH

Nota: llenar formulario ACH

3- Transferencia de fondos

(Banca en línea)

4- Pago voluntario (Un solo pago anual o semestral)

5- Descuento de planilla

Nota: únicamente por pago electrónico de la empresa

Favor firmar autorización de descuento:

Día de Pago:

Periodicidad:

1. Mensual	3. Trimestral	5. Semestral
2. Bimestral	4. Cuatrimestral	6. Anual

Se está emitiendo con póliza de vida

II Segunda Parte

1. Póliza y Beneficio

Tipo de Plan:

Plan I (Asegurado y cónyuge)	Plan II (Asegurado e hijos)	Plan II (Asegurado, cónyuge e hijos)
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Suma Asegurada:

¿Posee algún Seguro de Accidentes Personales o Colectivo de Vida en ASSA?

Sí

No

Monto:

2. Nombre de los hijos menores de 25 años que dependan económicamente del asegurado nombrado

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

3. Beneficiarios Contingentes

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

4. Instrucciones especiales para el pago de beneficios

(1) Si al fallecimiento alguno de mis beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponde debe ser entregado para su libre administración a:

Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____

(2) Si a mi fallecimiento no existen beneficiarios Principales y el, o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda debe ser entregado para su libre administración a:

Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____

III Tercera Parte

1. Autorización y Firmas

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.

Convengo en que ni el Seguro de Accidentes Personales, ni los beneficios adicionales solicitados entrarán en vigor hasta que sea emitida la Póliza 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 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 Panamá, República de Panamá, el día _____ de _____ de _____

Corredor de Seguros - Lic. No.

Firma del Solicitante

Nota: Se excluyen de esta Póliza las personas que tengan las siguientes ocupaciones: bomberos, obreros de la construcción, policías, guardias de seguridad, militares, buzo, marino, estibador, manipulador de explosivos y todos los propuestos asegurados con riesgo clase 3.

ASSA Compañía de Seguros se reservara el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud. Esta solicitud debe venir acompañada con la cotización.

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.