

## Salud Individual

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

## 1. Datos generales del propuesto asegurado

## 1.1 Personales

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

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

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

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

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

Fecha de nacimiento del conyugue: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Nota:** Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 5 años de residir en la República de Panamá, debe completar el cuestionario de Extranjeros.

## 1.2 Dirección Residencial

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

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

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

País: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Apartado Postal donde desea recibir correspondencia: \_\_\_\_\_

## 1.2 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?    Si    No

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

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

Rango de Ingreso Familiar Mensual: Menos de B/.500.00 ☐ 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 ☐

## 2. Datos generales del contratante/dueño de la póliza (solo si es diferente al propuesto asegurado)

## 2.1 Persona Jurídica

[illegible]

Representante Legal: \_\_\_\_\_

## 2.2 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. Información de dependientes

Favor listar todos los miembros de la familia a incluir dentro de esta sección, por orden de edad, siendo el primero el mayor

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento			Estatura	Peso	Parentesco	Cédula	Médico de Cabecera
	día	mes	año					
						<input type="checkbox"/> Espos(a)		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		
						Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/>		

Si voluntariamente no incluyó a algún familiar asegurable, indique quién y por qué causa

Nombre	Causa

#### 4. Detalle de los seguros en vigor a su nombre

Compañía	Seguro de Salud/Gastos Médicos	Nº de Póliza

¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida o contra accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación?   Sí ☐ No ☐

En caso de afirmativo, dé detalles:    Sí ☐    No ☐

Compañía	Cantidad	Fecha

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

## 5. Tipo de plan deseado

Plan:  Deducible:  Copago:

Observaciones: \_\_\_\_\_

## 6. Responsable de pago:

## 6.1 Persona Jurídica

Nombre de la Empresa o Razón Social: \_\_\_\_\_

[illegible]

## 6.2 Persona Natural

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

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

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

## 6.2 Dirección de Cobros

Urbanización o área poblada \_\_\_\_\_ Calle o avenida: \_\_\_\_\_

Casa o edificio/condominio: \_\_\_\_\_ Nº de apartamento: \_\_\_\_\_

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

Apartado Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono de Residencia: \_\_\_\_\_

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

7. Forma de pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco:

Nº de tarjeta:

☐ Master Card ☐ Visa ☐ AMEX

Vencimiento: Mes  Año

Favor firmar autorización de descuento:

2- Transferencia electrónica ACH

Nota: llenar Formulario ACH

☐

3- Pago voluntario

(MetroBlue Ultra Light - Anual)

(Otros planes Trimestral, Semestral o Anual)

☐

Periodicidad:

☐ 1. Mensual

☐ 2. Bimestral

☐ 3. Trimestral

☐ 4. Cuatrimestral

☐ 5. Semestral

☐ 6. Anual

Día de Pago:

8. Autorización de pagos de reclamaciones

Datos Bancarios

Nombre de la Cuenta:

Banco:

Sucursal, Ciudad:

Nº de Cuenta

Tipo de Cuenta:

Ahorro ☐

Corriente ☐

Firma:

Nombre:

Nº de Cédula:

\*E-mail:

\* Importante que tenga correo eletrónico, de esta forma recibirá el pago o reembolso de su reclamo

II Segunda Parte

1. Historia Médica

En caso de que usted esté completando una solicitud para usted y su familia, recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas pensando en cada uno de los miembros de su familia.

Declaraciones que hace el solicitante y que forman parte de la solicitud presentada a ASSA Compañía de Seguros, S.A. **Nota al Agente:** Cada pregunta deberá ser leída al solicitante.

**Nota al Solicitante:** Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato. Por favor conteste todas las preguntas con exactitud. Conteste “Sí” o “No” a cada pregunta. cada vez que la respuesta sea “Sí”, especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación dando las fechas, gravedad, resultados, nombres con direcciones de los médicos y hospitales, etc.

Estatura Exacta (Cm):  Peso Exacto:

¿Ha disminuido de peso en el último año? Si ☐ Cuánto  No ☐

Nombre y dirección de su médico particular o el último médico que consultó, si no tiene sírvase indicarlo.

¿Cuándo le consultó por última vez y por qué?

¿Que tratamiento le fue suministrado o qué medicamento le fue recetado?

2. Antecedentes Personales

Es indispensable contestar cada pregunta Sí o No, dependientes

Si alguna de estas preguntas ha sido contestada “Sí” sírvase dar detalle con respecto a fechas, diagnóstico, nombre del médico, etc.

1. Cáncer, quistes algún tumor?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2. Derrame, isquemia cerebral, enfermedad cerebro vascular?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
3. Dolor de cabeza, migraña?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
4. Epilepsia, convulsiones, alguna enfermedad del Sistema Neurológico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
5. Alguna enfermedad mental, ansiedad, depresión, trastorno de deficit atencional?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
6. Alteración, afección de los ojos, oídos, nariz, boca, garganta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
7. Alteraciones de la tiroide: bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroide,nódulos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8. Se le ha detectado el azúcar alta, se le ha encontrado alguna vez azúcar en la orina?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
9. Trastornos hormonales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
10. Enfermedades de la piel?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11. Asma, enfermedad pulmonares?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
12. Alguna enfermedad del corazón?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
13. Se le ha encontrado alguna vez la presión arterial alta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

2. Antecedentes personales

14. Alteración del Sistema Digestivo: esófago, estómago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
15. Alteración o afección de los riñones, uréteres, vejiga, uretra. Infección urinaria, orina con sangre?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
16. Enfermedades de las articulaciones (artritis, reumatismo, gota, etc.)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
17. Ha padecido de la columna vertebral, discos, ridiculopatías, lesiones en los hueso (osteoporosis osteopenia)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
18. Ha tenido gigantomastía, desviación del tabique nasal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
19. Alguna enfermedad de la Sangre?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
20. Ha tenido la prueba de Virus del Sida positiva?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
21. Enfermedades infectocontagiosa, toxoplasmosis, meningitis, herpes, enfermedad de transmisión sexual, hepatitis, dengue?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
22. Alguna enfermedad o malformación o lesión o lesión congénita?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
23. Alguna vez ha usado alguna droga como: marihuana, cocaína, anfetaminas, u otros similares?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
24. Ingiere bebidas alcohólicas? detalle, clase y frecuencia.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
25. Está tomando algún medicamento?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
26. Ha tenido alguna operación o intervención quirúrgica?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
27. Ha tenido alguna alteración de Salud, ha consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico de alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

3. 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 de afirmativo, favor completar el cuestionario de aviación.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha participado o planea pasrticipar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, alpinismo, equitación u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor completar el Cuestionaro de Deportes y Actividades Peligrosas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? A) En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo? _____ Cuántos al día _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Ha usado cualquier otro producto que contenga nicotina en los últimos doce meses? A) En caso de afirmativo, cuál, y cada cuánto lo usa? _____	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido condenado por un crimen?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido condenado por manjear bajo la influencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al acohol o las drogas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿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? En caso de afirmativo, favor completar el Cuestionario de Viaje.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Femenino

1. ¿Está embarazada?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Meses: _____	Fecha probable de parto: _____
2. Abortos, dolor pélvico, endometriosis, menopausia, hemprragias vaginales, fibromas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
3. ¿Recibe o ha recibido tratamientos por infertilidad, o padece irregularidades menstruales?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
4. ¿Padece alguna alteración de las mamas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Masculino

1. ¿Alteración de las próstata, desordenes en los órganos reproductivos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
2. Varicocele, ha tenido el Antígeno Prstático Específico (PSA) elevado?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

4. Mencione el nombre de los médicos que lo han atendido en los últimos 5 años:

Nombre: _____	Dirección: _____	Tel.: _____
Nombre: _____	Dirección: _____	Tel.: _____
Nombre: _____	Dirección: _____	Tel.: _____

5. Historia familiar

Los miembros de su familia inmediata (padre, madre, hermanos, abuelos) han tenido historia de: Infarto, Derrame, Enfermedades de Corazón, Cáncer, Diabetes, Colesterol elevado, Triglicéridos elevados, Suicidio, Enfermedades mentales.

Si ☐ No ☐

Detalle de la enfermedad, edad de diagnóstico y que miembro de su familia tiene historia de enfermedad:

III Tercera Parte Autorizaciones y Firmas

1. Autorización de paciente para suministrar datos y revelar información profesional del asegurado y dependientes

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro de 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 que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

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 llegué 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.

- a) Convengo que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera a la segunda parte conjuntamente, que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento, y acepto que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas eximirá a ASSA Compañía de Seguros de toda obligación de indemnizar.
- b) Convengo que ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud para el Seguro de Salud Individual, y que el seguro aquí solicitado entrará en vigor cuando sea aprobado por la Compañía, iniciando a partir de la fecha efectiva que se expresa por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza.

Fundamento Legal Nº 24 de 22 de mayo de 2002.

Por este medio, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante, entiendo, acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Reaseguradoras, Empresas de Seguros y Agentes de seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente 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, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros de ASSA, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas de las Pólizas de Seguros, así como, reconozco que ASSA mantendrá la confidencialidad de la información, salvo aquella que sea requerida por autoridad competente o por mandato legal ASSA deba revelar, por lo cual, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante entiendo, acepto y reconozco de forma plena 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 No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de la República de Panamá.

Fecha

Firma del Asegurado

Cédula/Pas. del Solicitante

Firma del Contratante

Informe completo del agente

Deberá llenar en todos los casos:

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? \_\_\_\_\_
2. ¿Le consta que su cliente firmó y completó esta solicitud? \_\_\_\_\_
3. ¿Recomienda usted a su cliente por su moralidad, reputación y ocupación? \_\_\_\_\_
4. ¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del solicitante? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

►

\_\_\_\_\_

Nombre del Corredor de Seguros

\_\_\_\_\_

Lic. No.

►

\_\_\_\_\_

Firma del Corredor

\_\_\_\_\_

Firma de la Agencia

Para uso interno

Fecha de Recibo: \_\_\_\_\_ Fecha de aceptación/ rechazo: \_\_\_\_\_

Póliza Nº \_\_\_\_\_ Certificado Nº: \_\_\_\_\_

Condiciones preexistentes \_\_\_\_\_

Condiciones preexistentes excluidas permanentemente

Código	Diagnóstico	Código	Diagnóstico

CW. Si ☐ No ☐

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

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.

Por este medio, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante, entiendo, acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Reaseguradoras, Empresas de Seguros y Agentes de seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente 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, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros de ASSA, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas de las Pólizas de Seguros, así como, reconozco que ASSA mantendrá la confidencialidad de la información, salvo aquella que sea requerida por autoridad competente o por mandato legal ASSA deba revelar, por lo cual, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante entiendo, acepto y reconozco de forma plena 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 No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de 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.

Por este medio, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante, entiendo, acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Reaseguradoras, Empresas de Seguros y Agentes de seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente 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, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros de ASSA, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas de las Pólizas de Seguros, así como, reconozco que ASSA mantendrá la confidencialidad de la información, salvo aquella que sea requerida por autoridad competente o por mandato legal ASSA deba revelar, por lo cual, yo como como Firmante Legal, Representante, Asegurado y/o Contratante entiendo, acepto y reconozco de forma plena 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 No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 y con su Reglamento No. 285 del 28 de mayo de 2021 de 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.