Compañía de Seguros, S.A.

Solicitud de Modificación /Cambio de Plan

Departamento de Salud

PA-SUS-F-016

Contratante/ Asegurado:		**Póliza N°:**
Dirección de trabajo:	Teléfonos:	
Dirección residencial:	Teléfonos:	Correo electrónico:

Plan/Deducible

(*para mayor cobertura completar solicitud)

Solicito cambiar el plan o deducible actual a:

Planes MetroBlue Internacional

☐	Ultra Individual	☐ $1,000 / $10,000	☐ $2,500 / $10,000	☐ $5,000 / $10,000
☐	Premium Individual			
☐	Ejecutivo Individual			

☐	Ultra Plus Vitalicio	☐ $ 1,000,000 (S/A)	☐ $ 2,500,000 (S/A)
☐	Premium Plus Vitalicio		
☐	Ejecutivo Plus Vitalicio		
☐	Ultra Plus BMA		
☐	Premium Plus BMA		
☐	Ejecutivo Plus BMA		

☐	Metroblue Plus Deducible	$1,000 / $10,000 ☐	$2,500 / $10,000 ☐	$5,000 / $10,000 ☐	$10,000 / $10,000 ☐	$15,000 / $15,000 ☐
☐	Metroblue Desembolso Máximo Anual	$4,000 / $10,000 ☐	$5,000 / $10,000 ☐	$7,500 / $15,000 ☐	$10,000 / $20,000 ☐	$12,500 / $25,000 ☐

Planes Locales

ASSA Medic	ASSA Medic Care		Metroblue Ultra Light (BMA)	
☐ Copago ☐ Deducible	☐ $150,000 ☐ $300,000	☐ $250,000 ☐ $350,000	☐ $300,000	☐ $500,000

Cambio de Forma de Pago

1. Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

N° de tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | |

☐ Master Card ☐ Visa ☐ Amex

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor Firmar autorización de descuento: _____

Día de Pago: _____

2. Transferencia electrónica ACH ☐
Completar formulario de autorización

3. Pago voluntario (caja, banca en línea, transf. bancaria) ☐
(MetroBlue Ultra Light - Anual)
(Otros Trimestral, Semestral o Anual)

Frecuenca de Pago:

1. Mensual ☐	2. Trimestral ☐	3. Semestral ☐	4. Anual ☐

Exclusión de Familiar Asegurado

Apellidos	Nombres	Parentesco	Cédula

Cambio de Corredor

Al término de la vigencia solicito cambiar el corredor actual a:	Licencia De Corredor:

Cambio de Contratante de Póliza

(Se traspasa en su totalidad todos los derechos, privilegios y obligaciones)

Contratante Anterior:

Nuevo Contratante:	Cédula:
Fecha de Nacimiento: / /	R.U.C:

Cambio de Responsable de Pago

(La Carta de Renta para declaraciones de gastos médicos, solo serán expedidas a nombre del Contratante de la póliza)

Responsable de pago anterior:

Nuevo responsable de pago:	Cédula:
Fecha de Nacimiento: / /	R.U.C:

Cancelación de Póliza

Solicito la cancelación de la Póliza a partir de: / /	Por el Motivo de:

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y tales cambios no estarán en vigor, hasta que esta solicitud sea aprobada por LA COMPAÑÍA.

(Todo cambio o modificación adjuntar copia de cédula)

"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."

_____ Contratante

_____ Nuevo Contratante

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____.

Este espacio es para uso de ASSA Compañía de Seguros, S.A.

_____ Fecha de Aprobación e Inscripción

_____ Representante Autorizado