



(Favor completar este formulario con letra de imprenta. Los campos marcados con \* son obligatorios)

### PERSONAL NATURAL

Tipo de Identificación \*:  Cédula  Pasaporte

Cédula \*: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_

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

1er Apellido \*: \_\_\_\_\_ 2do Apellido \*: \_\_\_\_\_

Apellido de casada: \_\_\_\_\_ Nacionalidad (Indique el país \*): \_\_\_\_\_

Sexo \* F  M

Fecha de Nacimiento \*: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección \*: \_\_\_\_\_ Barrio \*: \_\_\_\_\_

Calle \*: \_\_\_\_\_ Edificio/Condominio \*: \_\_\_\_\_

No. Casa o Apto. \*: \_\_\_\_\_ Tel. Residencia \*: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \*: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Apartado Postal: \_\_\_\_\_ País \*: \_\_\_\_\_

Provincia \*: \_\_\_\_\_ Distrito \*: \_\_\_\_\_

Corregimiento \*: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Dirección de Internet: \_\_\_\_\_

"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 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente