

2. Nombre de los hijos menores de 25 años que dependen 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

7 Corredor de Seguros

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.