

1. Datos Generales del contratante / Dueño de la Póliza

1.1 Datos personales

Nombre Completo: _____ Sexo: F M
 Cédula/Pasaporte: _____ Profesión/Actividad: _____
 Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: _____

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____
 Distrito: _____ Urbanización/Área Poblada: _____
 Provincia: _____ Corregimiento: _____ País: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ Email: _____

2. Datos del Automóvil

N° de Motor: _____ N° de Placa: _____ (Obligatorio en carros usados)
 N° de Chasis: _____ VIN: _____ Valor original: _____
 Vigencia: _____ Desde: _____ Hasta: _____ (día/mes/año)

3. Responsable de Pago (favor completar en caso de ser distinto al asegurado)

Nombre Completo/Nombre de la Empresa: _____
 Cédula/Pasaporte/RUC: _____
 Email: _____

4. Dirección de Cobro (favor completar en caso de ser distinto al asegurado)

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____
 No. de Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____
 Distrito: _____ Corregimiento: _____ Email: _____
 Celular: _____ Tel. Oficina: _____ Celular: _____

5. Forma de Pago

Tarjeta de Crédito

Visa Master Card Dinners American Express

Banco: _____

N° Tarjeta:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de Expiración: _____

Transferencia de Fondos Electrónicos (ACH) (por favor completar formulario de autorización de descuento)

Descuento Bancario (por favor completar formulario de autorización de descuento)

Ventanilla Cobrador Nota: Estas formas de pago requieren el primer pago por adelantado)

Cantidad de pagos: _____ * El día de pago de la póliza será el día anterior al de la fecha de emisión de la póliza.

Frecuencia de pago: Mensual Anual (aplica tarifa de contado)

**6. Favor llenar en caso de Arrendamiento Financiero (Leasing) o Acreedor Hipotecario.
Datos de la arrendadora o Acreedor Hipotecario**

Nombre de Entidad Financiera: _____

Sucursal: _____

7. En caso de ser el(ellos) conductor(es) distinto(s) al asegurado favor llenar los datos

| Nombre del Conductor | % uso auto | Sexo | Fecha de Nacimiento (día/mes/año) | Cédula | Estado Civil | N° de infracciones en los últimos tres años |
|----------------------|------------|------|-----------------------------------|--------|--------------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Las declaraciones brindadas por el Asegurado en este documento forman parte del contrato de seguros. El solicitante certifica que la información anterior es veraz y que no ha omitido ninguna información relevante que pudiera incidir en la ponderación del riesgo por parte de la Aseguradora, que cause la nulidad de la póliza.

El solicitante expresamente autoriza a la Aseguradora a recopilar y/o transmitir su historial de crédito a las agencias de información de datos debidamente autorizados de conformidad con la ley.

“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.”

Asegurado

Corredor de Seguros - N° Lic.

Fecha

**Esta es una propuesta de ASSA Compañía de Seguros, S.A.
Este documento no constituye un contrato de seguros**



Compañía de Seguros, S.A.

Formulario Único - ACH - Persona Natural

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: _____ No. de cédula: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

Datos de la cuenta bancaria

Nombre de 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 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."

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 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 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."

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.