

## Formulario de Creación o Actualización de Agente

No. Licencia: \_\_\_\_\_

Corredor Nuevo

Modificar Información

Posee Código UAF    SI    NO

### Datos personales

Primer nombre:		Segundo nombre:	
Primer apellido:		Segundo apellido:	
Apellido de casada:		Cédula:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Dirección Residencial:			
País:		Provincia:	
Distrito:		Corregimiento:	
Tel. Residencial:		Oficina:	
Celular:		E-mail:	

### Persona Jurídica

Nombre de la empresa:		R.U.C.:	
Representante Legal:		Cédula:	
Dirección de oficina:			
País:		Provincia:	
Distrito:		Corregimiento:	
Teléfono:		E-mail:	

Por favor indique si usted se encuentra dentro de la categoría Persona Expuesta Políticamente (PEP)[1]:    SI    No

[1] Quién en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

### Recibo de Correspondencia:

Sucursal: \_\_\_\_\_

Carpeta de agencia:

### DATOS GENERALES DEL CONTACTO, PARA AGENTES Y CORRETAJES (TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS)

Nombre del contacto:		Cédula:	
Detallar los E-mails donde recibirán información de: (Hasta 4 Correos electrónicos)			
Comisiones:			
Cobros:			
Reclamos Auto:			
Reclamos Salud:			
Producto:			
Factura electrónica:			

### AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS

Por este medio yo (firmante) autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A. en lo sucesivo LA EMPRESA, para que realice créditos a la cuenta bancaria indicada a continuación, sobre los pagos que LA EMPRESA esté en obligación de realizar; y autorizo a EL BANCO para acreditar la suma que LA EMPRESA indique.

Nombre del Banco:		Tipo de cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
No. De Cuenta:			
Nombre de la Cuenta:	(debe coincidir con el nombre del corredor o empresa)		

### AUTORIZACIÓN DEL CORREDOR

\_\_\_\_\_  
Firma del corredor (El Firmante)

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_  
Cédula de Identidad

Favor entregar este formulario en original

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

De acuerdo a lo que indica la **Ley No. 12 del 3 de Abril de 2012**, que regula la actividad de Seguro y dicta otras disposiciones, en su Título IV, Capítulo III: Disposiciones Comunes de los Corredores de Seguros, y a las Sociedades Corredoras de Seguros en su Artículo No. 189: Designación de beneficiarios de honorarios profesionales, le solicito por este medio a ASSA Compañía de Seguros, en lo sucesivo LA EMPRESA, designe beneficiarios de mis honorarios dejados de percibir, y a los que tendría derecho en caso de mi fallecimiento, a:

Beneficiario(s) Principal(es)				
Nombre	No. De Cédula	Edad	Parentesco	%
Beneficiario(s) Contingente(s)				
Nombre	No. De Cédula	Edad	Parentesco	%

En caso que el Corredor de Seguros aquí firmante no indique el porcentaje, el producto se dividirá en partes iguales entre las personas designadas como Beneficiario(s) Principal(es) que sobrevivan al Corredor de Seguros, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiario(s) Contingente(s) que sobrevivan al Corredor.

Si al momento de mi muerte, alguno de mis beneficiarios fuese menor de edad, el pago de mis comisiones deberá entregarse para su administración a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

ASSA Compañía de Seguros, S.A., procederá con el pago correspondiente una vez el (los) beneficiario(s) designado(s) se identifique(n) mediante la presentación de su cédula de identidad personal y/o pasaporte vigente, y el Certificado de Defunción del Corredor de Seguros, sin mayores trámites legales, en cumplimiento a lo indicado en el Artículo No. 189: Designación de beneficiarios de honorarios profesionales, de Ley No. 12 del 3 de Abril de 2012, siempre y cuando hayan sido declarados como Beneficiario(s) Principal(es) y/o Beneficiario(s) Contingente(s) respectivamente, en caso contrario y a falta por parte del corredor de Seguros de no completar y/o no declarar Beneficiarios al respecto, se actuara y ejecutara el proceso de Sucesión Testada o Intestada de acuerdo a las leyes de la República de Panamá, por lo cual expresamente liberan a ASSA Compañía de Seguros, S.A, sus filiales y/o Grupo Económico de cualquiera responsabilidad directa o indirecta presente o futura sobre temas legales, administrativos, arbitrales y de cualquier otro orden jurisdiccional, que pueda darse en relación con el fallecimiento del Corredor de Seguros aquí firmante y/o la Designación de beneficiarios de honorarios profesionales y/o el Proceso Legal de Sucesión Testada o Intestada. El Corredor de Seguros podrá realizar el cambio de sus beneficiarios Beneficiario(s) Principal(es) y/o Beneficiario(s) Contingente(s), por escrito completando un nuevo Formulario de Designación de Beneficiarios. La Compañía registrará el cambio que se hará efectivo en la fecha en que el Corredor de Seguros firme el nuevo Formulario, mismo que prevalecerá para el pago a los Beneficiarios aquí indicado, en caso de fallecimiento del Corredor. La Compañía no será responsable por ninguna acción tomada antes de recibir las instrucciones por escrito en sus oficinas.

Por este medio, yo como Corredor de Seguros o Agentes de Seguros firmante, entiendo, acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Reaseguradoras y Empresas 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, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones 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 Corredor de Seguros o Agentes de Seguros firmante 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 Corredor de Seguros  
(Firma igual a la Cédula)

\_\_\_\_\_  
Testigo

### ENTREGAR EL FORMULARIO COMPLETO EN ORIGINAL, EN CUALQUIER SUCURSAL JUNTO CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- Copia de Resolución de la Superintendencia de Seguros
- Copia del Carnet del Corredor de Seguros
- Copia de Cédula del Agente y/o Representante Legal
- Permiso de Operación (Para persona Jurídica)

### SOLO PARA USO INTERNO

Zona Comercial: V \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ Ejecutivo: \_\_\_\_\_

#### AGENCIAS

Código de Agencia	Nivel de Comisión	Código de Agente	Nivel de Comisión:
Código de Supervisor	Nivel de Comisión	Aplica adelanto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aplica Bono: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Observaciones:			