

CUESTIONARIO PARA SOLICITANTES DE NACIONALIDAD EXTRANJERA

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el Departamento de Productos para recolectar datos de solicitantes de nacionalidad extranjera.

Favor contestar lo más detallado posible este cuestionario, y remítalo al Área de Selección de la Compañía. La siguiente información que debe requerir el propuesto cliente:

Información del solicitante				
Nombres y Apellidos:				
Cédula o Pasaporte:		Fecha de Nacimiento:		
			Día	Mes
Cuestionario				
1. Tiempo de residir en Panamá:				
2. Nombre y respectivas direcciones de:				
a. Dos personas que residan en el país de origen del solicitante, que lo conozcan bien, y no estén emparentados con él y puedan dar información fide digna acerca del solicitante, incluya direcciones y teléfonos:				
	Nombre Completo	Dirección	Teléfonos	
b. Dos referencias comerciales en el país de origen:				
c. Dos referencias bancarias de su país de origen:				
	Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	
d. Dos personas que residan en Panamá, que lo conozcan bien, y no estén emparentados con él y puedan dar información fidedigna acerca del solicitante, incluya direcciones y teléfonos:				
	Nombre Completo	Dirección	Teléfonos	
e. Dos referencias comerciales en Panamá, República de Panamá:				
f. Dos referencias bancarias en Panamá:				
	Nombre del Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	
3. Dirección anterior fuera de Panamá:				
Tiempo de vivir en esa dirección:				

4. Patrono anterior fuera de Panamá:				
Dirección completa del patrono:				
5. ¿Existen demandas o juicios en su contra?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Favor detallar:	
DATOS DEL MÉDICO TRATANTE				
Nombre completo:				
Clínica u Hospital:		Teléfonos:		
Dirección:				
DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA				
Nombre completo:				
Clínica u Hospital:		Teléfonos:		
Dirección:				

Declaro haber contestado verídicamente a estas preguntas hasta donde tengo conocimiento y que no he omitido ninguna información sustancial que pueda influir en la valoración o en la aceptación de la presente solicitud.

Acepto que este cuestionario forme parte integrante de mi solicitud y que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, sean de aplicación las disposiciones en la vigente Ley sobre el contrato de seguro, pudiendo ser causa de invalidación del contrato.

“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 Testigo

Cédula/Pasaporte

Firma del Asegurado

Cédula/Pasaporte