FORMULARIO DE SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA COLECTIVO

N° de Póliza: _____ N° de Certificado: _____

Datos Generales del Asegurado										
Nombre del Asegurado:	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido						
Cédula/Pasaporte:		Sexo:	☐M	☐F	Estado civil:	☐Soltero	☐Casado	☐Viudo	☐Divorciado	
País y fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	País	Nacionalidad:		Edad:			
Domicilio:	País	Provincia	Urbanización	Calle	Edificio	Apto./Casa				
Tel. Res.:		Celular:		E-mail:						
Nombre de la empresa donde labora:		Fecha de empleo:		Teléfono:						
Dirección:	Provincia	Calle	Urbanización	Edificio	Apto./Casa					
Ocupación:		Profesión:		Salario Mensual:						

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente[1], o es un familiar cercano[2] o estrecho colaborador de un PEP[3]? ☐No ☐Sí.

Contratante/Empresa/Patrón: _____

Suma Asegurada Principal o Plan elegido: _____

Detalle Beneficiarios (Indique nombre y proporciones en que debe ser pagada la indemnización)

Beneficiarios Principales

Nombre	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios en partes iguales.

Beneficiarios Contingentes en caso de fallecimiento del Principal (es)

Nombre	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

¿Alguno de los beneficiarios **PRINCIPALES** o **CONTINGENTES** es una Persona Expuesta Políticamente[1], o es un familiar cercano[2] o estrecho colaborador de un PEP[3]? ☐No ☐Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre _____

Si uno de los beneficiarios contingentes no viviera o no pudiera o no quisiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y otros beneficiarios contingentes en partes iguales.

Si alguno de los beneficiarios principales o contingentes fuera menor de edad, cualquier suma a que tenga derecho durante su minoría de edad, será pagada a _____, con cédula N° _____, y en caso de fallecimiento de éste a _____, con cédula N° _____, quien (es) ya ha (n) sido instruido (s) por mi sobre la forma en que deberá (n) proceder con las sumas que reciba de la Aseguradora, sin que por esto deba considerarse a esta persona como beneficiario de este seguro.

La Aseguradora pagará al o los beneficiarios nombrados, con prescindencia a la calidad, parentesco, afinidad y/o relación de familiaridad o amistad a que se haya hecho referencia al nombrarlos.

Cualquier cambio de beneficiario sólo será efectivo cuando sea aceptado y registrado por la aseguradora a su entera satisfacción, y la aseguradora no será responsable por pagos efectuados o acción tomada antes de la efectividad de dicho cambio.

En caso de duda sobre a quién o a quienes debe hacer el pago la aseguradora, ésta podrá consignar las sumas a pagar ante el tribunal competente, a favor de la persona o personas que a su entender deben recibirla, y desde ese momento quedará relevada de sus obligaciones para con éstos y/u otros beneficiarios que pudieren existir.

Sírvase contestar las siguientes preguntas:	Sí	No
1. ¿Es usted miembro de cualquier fuerza militar o en los últimos años ha practicado o piensa practicar alguna forma de aviación privada o actividad peligrosa?	☐	☐
2. ¿Alguna vez, su Seguro de Vida, Accidentes o Enfermedades ha sido rechazado, cancelado, recargado, modificado o negada su re-habilitación?	☐	☐
3. ¿Durante los últimos 12 meses ha fumado o ha usado tabaco en cualquier forma? Cuántos al día?	☐	☐
4. ¿Está usted actualmente bajo tratamiento u observación médica o tiene la intención de buscar consejo médico o se le ha recomendado algún tratamiento o hacer cualquier prueba médica?	☐	☐
5. ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de diabetes, azúcar en la orina, enfermedad en los riñones, fiebre reumática, enfermedad del corazón, presión arterial alta, anemia, enfermedad de los pulmones, asma, cáncer, tumor, úlcera, hernia, enfermedad de la vía digestiva, parálisis, convulsiones, epilepsia, enfermedad de tipo mental o nervioso, cualquier otra enfermedad, defecto o lesión?	☐	☐
6. ¿Ha sido tratado por o le han diagnosticado de haber sufrido de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o ha tenido resultados positivos de pruebas sanguíneas relacionadas al SIDA?	☐	☐
7. ¿Ha tenido tos crónica, pérdida significante de peso, fatiga crónica, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel durante los últimos cinco años?	☐	☐
8. ¿En los últimos cinco años, ha sido sometido a cualquier prueba diagnóstica, tal como Rayos X, electrocardiogramas, pruebas sanguíneas o ha tenido cualquier enfermedad, intervención quirúrgica, consejo médico, tratamiento en un hospital que no haya sido ya mencionado arriba?	☐	☐
9. ¿Ha sufrido de reumatismo, artritis, enfermedad en los músculos?	☐	☐
10. ¿Alguna deformidad, padecimiento en la espina dorsal, pérdida de algún miembro o extremidad?	☐	☐
11. ¿EN CASO DE SER MUJER: Ha tenido alguna vez trastorno de la mama o el aparato genital?	☐	☐

En caso de preguntas afirmativas, favor detallar la información completa de todos los médicos que intervinieron e instituciones médicas (Diagnóstico, Tratamiento, Doctor, Fecha y Estado Actual):

Peso: _____ Lbs. Estatura: _____ Mts. _____ Cms.

El solicitante declara que la información proporcionada en esta solicitud, la cual formará parte integrante del contrato de seguro es conforme a la verdad y que no se han hecho omisiones u ocultaciones intencionales. Conviene además que el seguro entrará en vigor una vez esta solicitud haya sido aceptada por ASSA Compañía de Seguros, S.A.

El abajo firmante ratifica ser exacta y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida pudiendo ser causa de nulidad de la cobertura de seguro cualquier inexactitud u omisión contenidas en la presente solicitud, y releva expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en dolencia y le autoriza a revelar a ASSA Compañía de Seguros, S.A. todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

Panamá, _____

Solicitante	Contratante	Corredor de Seguro

[1] Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Será considerado PEP hasta por un período de dos (2) años posterior al cese de las funciones del cargo.

[2] Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuestas Políticamente.

[3] Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

"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."

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 la 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.

Compañía de Seguros, S.A.

Formulario Único - ACH - Persona Jurídica

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 la 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.