Compañía de Seguros, S.A.
R.U.C. 3724-103-53659 D. V. 43

Solicitud para Seguro de Vida Individual

I Primera parte

1. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO

1.1 Datos Personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: ____ Mes: _____ Año: ____

Lugar de Nacimiento: _____
País / Ciudad

Nacionalidad _____ ¿Otras nacionalidades? ☐ No ☐ Sí, Indique el pais: _____

Nota: Si es de nacionalidad extranjera y tiene menos de 3 meses de residir en la República de Panamá, debe completar el **Cuestionario para Solicitantes de Nacionalidad Extranjera**.

Teléfonos: Residencia: _____ Celular: _____ Oficina _____

E-mail: _____

Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otros _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula: _____

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

Nº Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____

Provincia: _____ Corregimiento: _____

País: _____ Distrito: _____

Dirección física/postal para recibir correspondencia: ☐ Igual a la dirección de residencia ☐ Otra (favor detallar): _____

_____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Describa sus funciones: _____

_____

¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación? _____ Otras ocupaciones actuales: _____

Ocupaciones anteriores: _____ ¿Piensa usted cambiar de ocupación? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo explique: _____

_____

Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

Dirección del lugar de trabajo: _____

1.4. Detalle de los seguros en vigor a su nombre

Compañía	Seguro de Vida (Suma Asegurada)	Muerte Accidental (Suma Asegurada)	Seguro de Salud	Año de Emisión

¿Se le ha rechazado, cancelado, aplazado, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida individual o colectivo o contra accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación? Sí ☐ No ☐ En caso de afirmativo indíquese: _____

_____

Compañía	Cantidad	Fecha

¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida, salud o rehabilitación en alguna otra compañía? Sí ☐ No ☐

En caso de afirmativo, favor detallar: _____

1.5. Información Financiera

	Año en curso	El año pasado
Salario Anual		
Dividendos		
Otros Ingresos		
Total Ingresos		

1.6. Estilo de Vida

1.	¿Ha viajado como piloto, estudiante de piloto o miembro de tripulación, o tiene la intención de hacer dichos vuelos en el futuro? En caso afirmativo, favor completar el **Cuestionario de Aviación**.	Sí ☐ No ☐
2.	¿Ha participado o planea participar en cualquier actividad de carreras de vehículos motorizados, paracaidismo, buceo, alpinísmo, equitación u otras actividades peligrosas? En caso afirmativo, favor completar el **Cuestionaro de Deportes y Actividades Peligrosas**.	Sí ☐ No ☐
3.	¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? A) En caso afirmativo, fecha del último cigarrillo? _____ ¿Cuántos al día? _____	Sí ☐ No ☐
4.	¿Ha usado cualquier otro producto que contenga nicotina en los últimos doce meses? A) En caso de afirmativo, ¿cuál, y cada cuánto lo usa? _____	Sí ☐ No ☐
5.	¿Ha sido hospitalizado por COVID 19? Favor señalar _____ En sala _____ En cuidados intensivos UCI	Sí ☐ No ☐
6.	¿Ha recibido usted vacunas Covid 19? Indicar las dosis recibidas _____ 1 _____ 2 _____ 3 o más	Sí ☐ No ☐
7.	¿Ha sido condenado por un delito? A) En caso afirmativo, favor detallar: _____	Sí ☐ No ☐
8.	¿Tiene o ha tenido procedimientos administrativos o judiciales? A) En caso afirmativo, favor detallar: _____	Sí ☐ No ☐
9.	¿Ha sido condenado por manejar bajo la influencia del alcohol y/o drogas, o se le ha suspendido o revocado su licencia de conducir?	Sí ☐ No ☐
10.	¿Ha consumido o consume algún tipo de droga o sustancia ilícita?	Sí ☐ No ☐
11.	¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al acohol o las drogas?	Sí ☐ No ☐
12.	¿Ha viajado más de una vez cada dos meses o vivido fuera de su país de residencia durante el último año, o tiene la intención de hacerlo durante el próximo año? ¿Vuela en aviones privados? En caso afirmativo, favor de completar el **Cuestionario de Viaje**.	Sí ☐ No ☐

Nota: si en el transcurso de los próximos dos (2) años y únicamente ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, yo efectuare algún cambio en mi actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa, quedo comprendido a dar aviso de inmediato a la Compañía.

1.7. Detalle de Póliza y Coberturas Suplementarias

Plan: _____ Plazo: _____ Suma Asegurada: _____ Opción: A ☐ B ☐

Prima Planeada $_____ Prima Mínima/Básica Anualizada $_____

Exoneración de primas	$_____	Anticipo de Capital	$_____	
Renta por incapacidad diaria por accidente	$_____	Renta hipotecaria	$_____	/Con desempleo $_____
Muerte accidental	$_____	Muerte Accidental y desmembramiento	$_____	Años _____
Enfermedades graves	$_____	Beneficio Inc. Pago anticipado (BIPA)	$_____	
Asegurado adicional / Otro asegurado	$_____			
Otros	$_____			

A) Forma De Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Master Card ☐ Visa ☐ AMEX ☐

Vencimiento: Mes _____ Año _____

2- Descuento bancario ACH ☐
Nota: Completar el Formulario ACH

3- Pago voluntario. (Mínimo $50.00) ☐

4- Descuento de planilla (Aplica solo para C.S.S. y APADEA. No aplica para vida tradicional) ☐

5- Descuento de salario ☐
(Solo para planilla con pagos recibidos por transferencia a ASSA con número de póliza y nombre)

Favor firmar autorización de descuento:

_____

Periodicidad: ☐ 1. Mensual ☐ 3. Trimestral ☐ 5. Semestral
☐ 2. Bimestral ☐ 4. Cuatrimestral ☐ 6. Anual

B) Responsable de Pago: completar solo si es distinto al Asegurado/Cont

Favor detallar su vínculo con el Asegurado: _____

3.1 Persona Jurídica

Razón Social: _____ R.U.C.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección física: _____

País de constitución: _____ País donde opera: _____

Actividad a la que se dedica: _____ Fecha de constitución: _____

Teléfono: _____ Apartado: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante Legal: _____ Cédula/Pasaporte _____

3.2 Persona Natural

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3.3 Dirección de Cobros

Urbanización o área poblada _____ Calle o avenida: _____

Casa o edificio/condominio: _____ Nº de apartamento: _____

Corregimiento: _____ Distrito: _____ Provincia: _____

Apartado Postal: _____ E-mail: _____ Teléfono de Residencia: _____

Cel/Teléfono: _____ Oficina: _____ Fax: _____ Otro: _____

C) Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza si es distinto al asegurado

Favor detallar su vínculo con el Asegurado: _____

4.1 Persona Jurídica

Hombre clave ☐ Cobertura de Préstamo ☐ Seguro de Socios ☐ Otro (detallar): ☐ _____

Razón Social: _____ R.U.C.: _____

Dirección física: _____

País de constitución: _____ Fecha de constitución: _____

País donde opera: _____ Actividad a la que se dedica: _____

Teléfono: _____ Apartado: _____ E-mail: _____

Nombre del Representante Legal: _____ Cédula/Pasaporte _____

Titularidad y estructura de control de la sociedad: solamente se deben incluir aquellos socios que **posean el 10% o más de participación** en el capital social de la empresa.

Accionista o Propietario		Porcentaje de participación	Cédula o Pasaporte	Nacionalidades
Nombre	Apellido			

Nota: favor completar **Autocertificación de Residencia Fiscal – PJ.**

4.2. Persona Natural (En caso que el Contratante sea igual al Asegurado favor completar solamente dentro de ésta sección el punto 4.5 (Autocertificación de Residencia Fiscal)

Favor detallar su vínculo con el Asegurado: _____

Protección Familiar: ☐ Cobertura para la Vejez ☐ Garantía de Préstamo ☐ Otro (detallar): ☐ _____

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Lugar de Nacimiento: _____
País / Ciudad

Nacionalidad _____ ¿Otras nacionalidades? ☐ No ☐ Sí, Indique el pais: _____

4.3. Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

Nº Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____

Provincia: _____ Corregimiento: _____

País: _____ Distrito: _____

Dirección física/postal para recibir correspondencia: ☐ Igual a la dirección de residencia ☐ Otra (favor detallar): _____

_____

4.4. Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Empresa donde trabaja: _____

Describa sus funciones: _____ Teléfonos: _____

4.5. Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Natural (completar si es un producto con ahorros)
Confirmación de la Ciudadanía

Declaro que:

Soy ciudadano de:

Panamá ☐ Estados Unidos No.TIN/NSS: ☐ _____ Otro: ☐ _____

Poseo nacionalidad:

Panameña ☐ Estados Unidos No.TIN/NSS: ☐ _____ Otro: ☐ _____

Confirmación de la Residencia Fiscal (país donde declara sus impuestos)

- ¿Su residencia fiscal es en Panamá? Sí ☐ No ☐. ¿Declara usted impuestos en otro país **distinto a Panamá**? Sí ☐ No ☐

- Si usted declara impuestos en otro **país distinto a Panamá**, favor indicar el país y el No. de Identificación Fiscal en la siguiente tabla:

	País	Número de Identificación Fiscal	Si no tiene número, indicar motivo	
1.			☐ El país no emite o no requiere número	☐ No puedo obtenerlo (explique*)
2.			☐ El país no emite o no requiere número	☐ No puedo obtenerlo (explique*)

***Por favor, explique en la siguiente línea, por qué usted no puede obtener un número de identificación fiscal.**

_____

D) Beneficiarios

La indemnización será en partes iguales para cada beneficiario principal o en su defecto el contingente, si no se indica otra opción en la columna de porcentajes.

Principales

Primer Apellido/ Segundo Apellido	Primer Nombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección

Contingentes

Primer Apellido/ Segundo Apellido	Primer Nombre/ Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	Cédula	Porcentaje

No se permite borrones, tachones ni líquido corrector en esta sección

E) Instrucciones especiales para el pago de beneficiarios

1. Que si a mí fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponda sea entregado para su libre administración a:
   Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____
2. Que si a mí fallecimiento no existieren Beneficiarios Principales y el o los Beneficiarios Contingentes fueren menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda sea entregado para su libre administración a:
   Nombre: _____ Cédula: _____ Parentesco: _____
3. Que todas las instrucciones se sujeten a las estipulaciones y cláusulas Generales y Especiales de la Póliza. Si el producto de la Póliza ha sido otorgado a un beneficiario oneroso ya sea persona natural o jurídica distinta a los beneficiarios designados, la Compañía Aseguradora considerará esta instrucción en primera instancia y de haber algún sobrante luego de cumplida la obligación contraída para con cualquier beneficiario oneroso, la Compañía de Seguros entregará a los beneficiarios que tengan derecho a recibirlo conforme a las instrucciones descritas en la solicitud o posteriores modificaciones hechas por el contratante y aceptadas por la Compañía.

Salvo que se estipule en sentido contrario: (A) El producto se dividirá en partes iguales entre todas las personas designadas como Beneficiarios Principales que sobrevivan al Asegurado, pero si no sobreviviere ninguno, en partes iguales entre todas las personas que hayan sido designadas como Beneficiarios Contingentes que sobrevivan al Asegurado, y (B) Resérvese al dueño el derecho de cambiar beneficiario.

F) Beneficiario Oneroso

_____ quien recibe los derechos de propiedad de la Póliza, donde aparezcan sus intereses hasta por la suma de: _____

II Primera parte

1. Historia Médica

Nota al Solicitante: Estas declaraciones son importantes ya que forman parte de su contrato de seguro.
Si el propuesto asegurado tiene como requisito exámenes médicos, favor detallar:
Nombre del proveedor: _____ Laboratorio: _____ Fecha del examen: _____

1. Nombre y dirección de su médico particular o médicos tratantes consultados, si no tiene sírvase indicarlo. _____

   ¿Cuándo le consultó por última vez y por qué? _____

   ¿Que tratamiento le fue suministrado o qué medicamento le fue recetado? _____

2. Estatura Exacta (mts.): _____ Peso Exacto (lbs.): _____

   ¿Ha disminuido de peso en el último año?

   Sí ☐ Cuánto _____ No ☐ ¿Tiene usted sobrepeso? Sí ☐ No ☐

Es indispensable contestar cada pregunta Sí o No, dependientes		Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí" sírvase dar detalle con respecto a fechas, diagnóstico, nombre del médico, etc.
3. ¿Tiene usted algún menoscabo de vista u oído? Dé detalles.	Sí ☐ No ☐	
4. Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (subraye la frase pertinente)	Sí ☐ No ☐	
a) ¿Presión arterial elevada? (en caso afirmativo favor solicitar cuestionario)	Sí ☐ No ☐	
b) ¿Soplos, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedades del corazón, dolor alrededor del corazón, palpitaciones o enfermedad del sistema circulatorio o anormalidad en la sangre?	Sí ☐ No ☐	
c) ¿Cáncer?	Sí ☐ No ☐	
d) ¿Tumor, quiste o crecimiento?	Sí ☐ No ☐	
e) ¿Tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, alergias o cualquier trastorno de los pulmones, o vías respiratorias?	Sí ☐ No ☐	
f) ¿Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso?	Sí ☐ No ☐	
g) ¿Isquemia cerebral transitoria?	Sí ☐ No ☐	
h) ¿Fiebre reumática, artritis, gota, neuritis, ciática, o cualquier trastorno de la espalda, columna, huesos, articulaciones o músculos?	Sí ☐ No ☐	
i) ¿Diabetes, azúcar en la orina o azúcar elevada?	Sí ☐ No ☐	
¿Le han recomendado el uso de la insulina o metformina?	Sí ☐ No ☐	
j) ¿Bocio o problema de tiroides o cualquier trastorno del metabolismo?	Sí ☐ No ☐	
k) ¿Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o del hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto, helicobacter pylori?	Sí ☐ No ☐	
l) ¿Nefritis, albúmina en la orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones o conductos genitourinarios, sangre en la orina?	Sí ☐ No ☐	
m)¿Se le ha hecho electrocardiogramas, rayos X, CAT, resonancia magnética, tratamiento de radioterapia? ¿Por qué?	Sí ☐ No ☐	
n) ¿Cualquier enfermedad, operación, lesión o deformidad?	Sí ☐ No ☐	
5. ¿Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos o ha estado bajo tratamiento en alguna clínica o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 10 años, fuera de lo arriba declarado?	Sí ☐ No ☐	
6. Según su leal saber y entender, ¿Padece usted ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?	Sí ☐ No ☐	
7. ¿Ha consultado algún profesional por nervios o estrés?	Sí ☐ No ☐	
8. ¿Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicina para el corazón o para presión arterial? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos? ¿Tiene glicemia elevada?	Sí ☐ No ☐	
a) ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?	Sí ☐ No ☐	
b) ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas?	Sí ☐ No ☐	
9. ¿En los últimos diez (10) años usted ha tenido pruebas serológicas con resultados positivos?	Sí ☐ No ☐	
10. ¿Ha tenido o le han dicho que tenía Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA") Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	Sí ☐ No ☐	
11. Para Mujeres		
a) Según su leal saber y entender:		
1. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿Cuántos meses tiene? Nombre del médico que la atiende: _____ Adjunte control de embarazo	Sí ☐ No ☐	
2. ¿Ha tenido usted o le han informado tener algún tumor o trastorno de las mamas, matriz, trompas, ovarios o del útero, o cualquier trastorno de los órganos femeninos?	Sí ☐ No ☐	
¿Se ha hecho usted examen de papanicolau, mamografía, ultra sonido de mamas? ¿Desintometría Ósea?	Sí ☐ No ☐	
b) ¿Endometriosis, dolor pélvico, menopausia, hemorragias vaginales, fibromas o complicaciones durante el embarazo?	Sí ☐ No ☐	
c) ¿Ha tenido usted abortos o complicaciones durante el embarazo?	Sí ☐ No ☐	
d) Número de hijos: _____ Edad del menor: _____	Sí ☐ No ☐	

Es indispensable contestar cada pregunta Sí o No, dependientes		Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "Sí" sírvase dar detalle con respecto a fechas, diagnóstico, nombre del médico, etc.
12. Para Hombres		
a) ¿Usted se ha hecho alguna vez un PSA y su resultado ha sido mayor a 2.5 ng/ml?	Sí ☐ No ☐	
¿Padece prostatitis, hipertrofia prostática benigna, nódulo prostático?	Sí ☐ No ☐	
b) ¿Padece de varicocele, desórdenes en los órganos reproductivos?	Sí ☐ No ☐	
c) ¿Se le ha aconsejado o realizado biopsia de próstata?	Sí ☐ No ☐	
d) ¿Se le ha operado de la próstata?	Sí ☐ No ☐	

2. Historia Familiar

Parentesco	Edad de vivos	Estado de Salud, dé detalles completos de cualquier enfermedad que sufran	Causa de la muerte	Edad al fallecer
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hijos: (_____)				
No. de vivos (_____)				
No. de muertos (_____)				
Hermanas: (_____)				
No. de vivos (_____)				
No. de muertos (_____)				
Hermanos: (_____)				
No. de vivos (_____)				
No. de muertos (_____)				

Entre sus parientes inmediatos, ¿ha habido casos de diabetes, cáncer, tumores, epilepsia, presión arterial elevada o enfermedades del corazón? Sí ☐ No ☐. En caso afirmativo, dar detalles:_____

_____

_____

III Tercera Parte Autorizaciones y Firmas

1. Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional

Por este medio autorizo a cualquier médico o institución, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, releven o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a ASSA Compañía de Seguros, S.A., o a mi corredor de seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional, de toda restricción impuesta por la ley para que informen o releven de cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada. Fundamentado en la ley 68 del 20 de noviembre del 2003

2. Autorización para solicitar y suministrar información de crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A., a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a ASSA compañía de Seguros, S.A., por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización. Fundamentada en la ley 24 del 22 de mayo de 2002.

3. Autorización para verificación de identidad

Autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A. a consultar con mi total consentimiento el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validar mis datos de identificación.

4. Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Natural

ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía se basará en la información proporcionada en este documento para satisfacer nuestras obligaciones en virtud de la Ley N° 47 de 2016 (Cumplimiento Impositivo Fiscal de Cuentas Extranjeras – FATCA), así como la Ley N° 51 de 2016 (Intercambio de Información para Fines Fiscales) y a los correspondientes acuerdos de intercambio de información tributaria suscritos por Panamá con los Estados Unidos de América y otros gobiernos.

Comprendo que la información aquí declarada es aplicable a las leyes arriba mencionadas, por lo que autorizo la comunicación - también en el extranjero - de los datos, a la Casa Matriz de ASSA y a sus subsidiarias, a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objeto de cumplir con aquellos acuerdos que tanto la Casa Matriz como sus filiales o sucursales estén obligadas.

5. Condiciones especiales y limitaciones aceptadas por el solicitante

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. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier Póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que prohíba a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda examinar en lo sucesivo, relevar todo conocimiento o información adquiridos por tal médico.

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí en la primera o en la segunda parte de esta solicitud, así como la hechas al médico examinador son verídicas y han sido suministradas por mí a fin de obtener la Póliza solicitada y convengo en que:

(1) La Compañía no contraerá fraude.

(2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a la Compañía a menos que se haga por escrito y sea aprobada por la Compañía.

(3) Mi aceptación de la Póliza que se emita en base a esta solicitud que forma parte integral del contrato, y se constituirá en el perfeccionamiento legal del mismo.

(4) Si dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de esta solicitud no recibiere la Póliza o si no se notificara su aprobación o rechazo durante tal período, se considerará rechazada.

Firmado en _____ , el ____ de _____ de _____

▶ _____

Firma del Propuesto Asegurado

_____

Firma del Contratante o Dueño de la Póliza
(solo si es diferente al Propuesto Asegurado)

▶ _____

Firma del Corredor de Seguros

Informe del Agente/Corredor

1. ¿Desde cuándo conoce usted al Propuesto Asegurado? _____
2. ¿En cuánto estima su valor neto? _____
3. ¿A cuánto asciende su ingreso mensual? _____
4. ¿Tiene usted conocimiento de alguna información sobre el carácter, ocupación, actividades que práctica o salud del Propuesto Asegurado, que pudiera afectar el riesgo y que no ha sido declarada en la solicitud?
En tal caso, dé detalles: _____

Adjuntar si es necesario, Formulario de Activos y Pasivos en el Informe Financiero.

Observaciones

_____

_____

_____

Nota: Espacio reservado para comentarios adicionales del corredor.

Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada correctamente según mi leal saber, y entender recomiendo al Propuesto Asegurado.
"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 Agente/Corredor

_____

Firma de la Agencia

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.

☐ Autorizo y doy mi consentimiento a que mis datos personales, incluyendo mi correo electrónico declarado en este formulario sean actualizados por ASSA Compañía de Seguros, S.A. (ASSA) en su base de datos, así como en las pólizas y relación comercial que mantengo con ASSA. Por lo cual, asumo cualquier responsabilidad sobre esta actualización, así como los cambios en la información declarados, relevando de toda responsabilidad directa o indirecta a ASSA.

▶ _____ _____

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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

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 Personales

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.

☐ Autorizo y doy mi consentimiento a que mis datos personales, incluyendo mi correo electrónico declarado en este formulario sean actualizados por ASSA Compañía de Seguros, S.A. (ASSA) en su base de datos, así como en las pólizas y relación comercial que mantengo con ASSA. Por lo cual, asumo cualquier responsabilidad sobre esta actualización, así como los cambios en la información declarados, relevando de toda responsabilidad directa o indirecta a ASSA.

▶ _____ _____

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.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá