

**1. Datos Generales del contratante / Dueño de la Póliza (Persona Natural)**

**1.1 Datos personales**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo:            F            M  
 Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 País de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:        Soltero(a)        Casado(a)        Viudo(a)        Divorciado(a)        Otros: \_\_\_\_\_  
 Nombre completo del cónyuge: \_\_\_\_\_ Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**1.2 Dirección Residencial**

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Casa o Edificio/Condominio: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Urbanización/Área Poblada: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**1.3 Datos de Trabajo**

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación/Actividad Actual: \_\_\_\_\_  
 Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ No. de empleado público: \_\_\_\_\_

*Persona Expuesta Políticamente (PEP):*

¿Es una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta?

Sí         No        ,Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

**2. Datos Generales del Contratante / Dueño de la Póliza (Persona Jurídica)**

**2.1 Datos de la Sociedad**

Nombre de la sociedad: \_\_\_\_\_ RUC: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Dirección física: \_\_\_\_\_ Actividad a la que se dedica la empresa: \_\_\_\_\_

**2.2 Datos del Representante Legal**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo:            F            M  
 Cédula /Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_

**2.3 Dirección**

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Casa o Edificio/Condominio: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Urbanización/Área Poblada: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

*Persona Expuesta Políticamente (PEP):*

¿La sociedad está relacionada con una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de esta?

Sí         No        ,Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

### 3. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

#### 3.1 Persona Jurídica

Nombre de la sociedad: \_\_\_\_\_ RUC:

*Persona Expuesta Políticamente (PEP):*

¿La sociedad está relacionada con una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de esta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

#### 3.2 Persona Natural

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

País de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: \_\_\_\_\_

*Persona Expuesta Políticamente (PEP):*

¿Es una Persona Expuesta Políticamente, o familiar cercano, o estrecho colaborador de ésta?

Sí No , Si su respuesta es afirmativa, gestionar el Formulario de Información de Persona Expuesta Políticamente.

#### 3.3 Dirección de Cobro:

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Casa o Edificio/Condominio: \_\_\_\_\_

No. Apartamento: \_\_\_\_\_ Urbanización/Área Poblada: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Corregimiento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfonos: Residencia: \_\_\_\_\_

### 4. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta:

Master Card Visa AMEX Diners

Vencimiento: Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Favor firmar autorización de descuento: \_\_\_\_\_

2- Transferencia electrónica ACH

3- Desc. Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos  
(Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

Día de Pago: \_\_\_\_\_

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

## 5. Datos del Bien Asegurado

5.1 Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

### 5.2 Ubicación

Corregimiento: \_\_\_\_\_ Urb: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Nombre del Edificio: \_\_\_\_\_ No. de Casa o Apto: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Vigencia: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

### 5.3 Tipo de construcción:

Paredes y pisos: \_\_\_\_\_ Techo: \_\_\_\_\_

Descripción:            Oficina                                  Comercio (Detallar)                                  Restaurante                                  Clínica  
                                 Sala de Belleza                                  Otros (Detallar): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medidas de seguridad para Incendio: \_\_\_\_\_

Medidas de seguridad para Robo: \_\_\_\_\_

## 6. Coberturas según Cotización Adjunta

Tarifa: \_\_\_\_\_

Prima Anual: \_\_\_\_\_ (+5%)

Prima a Prorrata: \_\_\_\_\_ (+5%)

"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."

\_\_\_\_\_  
Corredor de seguros-Lic. No.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Solicitante certifica que la información anterior es exacta. ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.

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 cédula, 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](mailto: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](mailto:servicioalcliente@assanet.com), junto con la copia de cédula y certificado de Registro Público o Escritura legal en caso del Apoderado Legal.