

## FORMULARIO DE SOLICITUD DEL CONTRATANTE PARA SEGURO COLECTIVO

**Política de Privacidad de Datos:** La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos para recolectar datos principales del cliente, los cuales serán utilizados para la emisión de su Póliza.

### Datos Generales

Por medio de la presente se solicita un Seguro Colectivo del plan de término renovable en un año, sobre la vida de los empleados elegibles del Patrono o Contratante que aparece a continuación.

Patrono o Contratante: \_\_\_\_\_  
 R.U.C. y Dígito Verificador: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 País/Provincia      Urbanización      Calle      Edificio      Casa / Apto.  
 Teléfono (s): \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
 Apartado Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del tenedor de la Póliza: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Indicar nombre del Corredor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de efectividad de la Póliza: \_\_\_\_\_  
 Número de empleados a incluir: \_\_\_\_\_

El seguro para empleados elegibles entrará en vigor en la fecha convenida entre el Patrono o Contratante y la Compañía, siempre que: si el plan es contributorio, el 75% de participación será requerido, y si no es contributorio, el 100% de participación:

|                 | Porcentaje de aportación del empleado | Porcentaje de aportación del patrono | Forma de pagar las primas | Seleccionar forma de pago |
|-----------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Seguro de Vida  |                                       |                                      | Mensual                   |                           |
| Seguro de Salud |                                       |                                      | Trimestral                |                           |
| Empleado        |                                       |                                      | Semestral                 |                           |
| Dependiente     |                                       |                                      | Anual                     |                           |

*Nota: Es contributorio cuando los empleados contribuyen al costo del plan. No contributorio cuando el Patrono o Contratante paga el costo del plan. Se requiere una aportación de por lo menos el 50% de la prima del plan médico correspondiente al empleado.*

### Elegibilidad

Los empleados permanentes de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:

Siguiendo a la terminación de un período de espera a partir de su fecha de empleo de:

30 días       60 días       120 días       ninguno

Indicar nombre de las afiliadas a incluir en el contrato (si aplica):

\_\_\_\_\_

### Continuidad de Cobertura

No       Sí      Se incluye la continuidad de la cobertura a los empleados anteriormente asegurados.

De ser afirmativa su respuesta, favor de proveer la información requerida e incluir una copia del último mes de facturación y cobertura vigente.

¿Ha terminado la cobertura?       No       Sí

¿Cuándo termina la cobertura? \_\_\_\_\_

Nombre de la anterior compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Tiene empleadas o dependientes embarazadas?       No       Sí

**De ser afirmativa su respuesta, favor indicar nombres y condiciones de la Póliza anterior con relación al beneficio de maternidad**

Adjunto se incluye: (1) depósito inicial por la suma de \$ \_\_\_\_\_ por la cantidad requerida inicialmente  
(2) los formularios de participación necesarios  
(3) cualquier evidencia de asegurabilidad solicitada

¿Tiene alguna ley que les exonere del 5% de impuesto de salud?  No  Sí

Queda aceptado de conformidad con toda la información administrativa necesaria concerniente a todos los empleados y/o familiares dependientes estarán sujetos a las estipulaciones de la(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el Patrono o Contratante.

Esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía.

“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.”

Fechado en Panamá, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
En representación del Patrono o Contratante:

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre y Cargo del funcionario

\_\_\_\_\_  
No. de Cédula