



Compañía de Seguros, S.A.

Solicitud de Modificación de Póliza

PA-SUS-F-015

Póliza No. _____ Nombre del dueño _____
Nombre del asegurado _____

Cambio de dirección:

Calle/Avenida: _____ Casa/Edificio: _____ Apartamento: _____
Urbanización: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____
Dónde trabaja: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Apartado: _____

Cambio de plan o suma asegurada:

De	Plan	Suma
A	Plan	Suma

Conversión del plan:

Fecha original ___/___/___ Edad _____
Fecha corriente ___/___/___ Edad actual _____
Fecha de venc. período conversión ___/___/___
Ingresos mensuales actuales: B/. _____
Cuenta: _____
Cuenta: _____

La ocupación del presente es:

Referencia comercial: _____

Referencia bancaria: _____

Cambio de modo de pago:

- Anual Semestral
 Cuatrimestral Bimestral
 Trimestral Mensual
 Tarjeta de Crédito Voluntario
 Desc. Salario Desc. Bancario

Beneficios deseados:

Beneficios deseados Prima
Vida B/. _____
Exoneración de Prima B/. _____
Muerte Accidental Muerte B/. _____
Accidental y Desm. B/. _____
_____ B/. _____
_____ B/. _____

Solicitud Especial:

Cambio de contratante de Póliza:

Se traspasan en su totalidad todos los derechos, privilegios y opciones.

Dueño Anterior: _____ Cédula / R.U.C. _____

Nuevo Dueño: _____ Cédula / R.U.C. _____

Cambio o corrección en el nombre del asegurado:

Cambio a: _____

Cambio a: Fumador No Fumador

Por no fumador se entiende la persona que no fuma cigarrillos, ni tabaco, ni pipa, ni siquiera ocasionalmente. En el caso de una persona que haya dejado de fumar, para ser considerado no fumador debe haberlo dejado por lo menos 12 meses antes de la fecha.

Observaciones:

Iniciales del Contratante/Asegurado: _____

Convento que estos cambios son una enmienda a mi solicitud original y convento además, que tales cambios no serán efectivos, sino hasta que ésta solicitud haya sido aprobada por La Compañía. En caso de solicitud de cambio en el plan o en la cantidad, por la presente renuncio a todos los derechos, título o intereses en la Póliza, antes del cambio aquí solicitado.

“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.”

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Testigo

Asegurado

Contratante Anterior

Nuevo Contratante

Este espacio es para la oficina principal únicamente

Fecha de aprobación de inscripción

Representante Autorizado