

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 _____
Email: _____
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: _____

1.2 Dirección Residencial

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):

¿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. 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 _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula/Pasaporte: _____

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: _____

Distrito: _____ Urbanización/Área Poblada: _____

Provincia: _____ Corregimiento: _____

País: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

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:

_____ Día de Pago _____

Periodicidad: 1. Mensual 4. Cuatrimestral

2. Bimestral 5. Semestral

3. Trimestral 6. Anual

2- Transferencia electrónica ACH

3- Desc.Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos (Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

5. DATOS DEL BIEN ASEGURADO

5.1 Ubicación del Riesgo

Corregimiento: _____ Urb: _____ Calle: _____

Nombre del Edificio: _____ No. de Casa o Apto: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Ciudad: _____

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

Acreedor Hipotecario: _____

Registro de la propiedad: Finca: _____ Tomo: _____ Folio: _____

Asiento: _____ Rollo: _____ Doc: _____

5.2 Clase

Actividad del negocio: _____

Edificio Contenido Si es de contenido, por favor especifique:

- Fija
- Declarativa – Contenido Comercial
- Multipóliza Comercial
- Multipóliza Residencial – Robo al 25%
- Multipóliza Residencial – Robo al 50%
- Multipóliza Residencial – Robo al 100%

5.3 Tipo de construcción

Paredes y pisos: _____ Techo: _____

Descripción: _____

5.4 Medidas de Seguridad para Robo e Incendio

6. BIENES ASEGURADOS

Unidad 01 Descripción: _____

Coberturas	Límites	Tarifa	Prima Total

Unidad 02 Descripción: _____

Coberturas	Límites	Tarifa	Prima Total

Lucro Cesante ó Pérdida de Renta: _____% B/. _____ B/. _____ máx. men.por _____ meses.

¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes en ésta u otra compañía? Sí No S/A Total: _____

Reclamos en los últimos 5 años: Sí No Monto: _____

Observaciones: _____

7. COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES (SOLO APLICA PARA MULTIPÓLIZA)

Beneficiarios: _____ Porcentajes: _____ %
_____ Porcentajes: _____ %

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. N°

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: _____ N° 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 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, 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 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 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 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.