

**I Primera parte**

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

**1. Datos Generales del Propuesto Asegurado**

**1.1 Personales**

1er. Apellido: \_\_\_\_\_ 2do. Apellido: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

1er. Nombre: \_\_\_\_\_ 2do. Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

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

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

¿Tiene hijos?  Si  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Ciudad / País

Teléfonos: Residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

**1.2 Dirección Residencial**

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

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_

**1.3 Datos de Trabajo**

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación/Actividad Actual: \_\_\_\_\_

Describe sus funciones: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_

¿Cuanto lleva en esta ocupación? \_\_\_\_\_ Otras ocupaciones actuales: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo explique: \_\_\_\_\_

Rango de Ingreso Familiar Mensual:  Menos de B/. 500.00  B/. 501 a B/. 1,000  B/. 1,001 a B/. 2,000  B/. 2,001 a B/. 3,000  
 B/. 3,001 a B/. 4,000  B/. 4,001 a B/. 5,000  B/. 5,001 a B/. 6,000  B/. 6,001 a más

**1.4 Datos del Cónyugue**

Nombre completo del cónyugue: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyugue: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ E-mail cónyugue: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora el cónyugue: \_\_\_\_\_ Ocupación del cónyugue: \_\_\_\_\_

Describe sus funciones: \_\_\_\_\_

Otras ocupaciones: \_\_\_\_\_

**2. Forma de Pago**

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

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

Nº de tarjeta:

Master Card  Visa

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

Favor firmar autorización de descuento:

Día de Pago: \_\_\_\_\_  Igual que póliza de vida.

**Periodicidad:**

1. Mensual

2. Bimestral

3. Trimestral

4. Cuatrimestral

5. Semestral

6. Anual

Se está emitiendo con póliza de vida.

## II Segunda Parte

### 1. Póliza y Beneficios

Tipo de Plan:

Suma Asegurada \_\_\_\_\_

Plan I (Asegurado y cónyuge)

Plan II (Asegurado e hijos)

Plan II (Asegurado, cónyuge e hijos)

¿Posee algún Seguro de Accidentes Personales o Colectivo de Vida en ASSA?

Sí

No

Monto \_\_\_\_\_

### 2. Nombre de los hijos menores de 25 años que dependen económicamente del asegurado nombrado

| Primer Apellido/Segundo Apellido | Primer Nombre/Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento<br>Día/Mes/Año | Cédula |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------|
|                                  |                              |                                    |        |
|                                  |                              |                                    |        |
|                                  |                              |                                    |        |
|                                  |                              |                                    |        |
|                                  |                              |                                    |        |
|                                  |                              |                                    |        |

### 3. Beneficiarios Contingentes

| Primer Apellido/Segundo Apellido | Primer Nombre/Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento<br>Día/Mes/Año | Cédula | Porcentaje |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------|------------|
|                                  |                              |                                    |        |            |
|                                  |                              |                                    |        |            |
|                                  |                              |                                    |        |            |

### 4. Instrucciones especiales para el pago de beneficios

(1) Si al fallecimiento alguno de mis beneficiarios Principales es menor de edad, el producto de la Póliza que le corresponde debe ser entregado para su libre administración a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

(2) Si a mi fallecimiento no existen beneficiarios Principales y el, o los Beneficiarios Contingentes fueron menores de edad, el producto de la Póliza que le(s) corresponda debe ser entregado para su libre administración a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## III Tercera Parte

### 1. Autorización y Firmas

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.

Convengo en que ni el Seguro de Accidentes Personales ni los beneficios adicionales solicitados entrarán en vigor hasta que sea emitida la Póliza por la Compañía.

Firmado en Panamá, República de Panamá, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Corredor

Nota: Se excluyen de ésta Póliza las personas que tengan las siguientes ocupaciones: bomberos, obreros de la construcción, policías, guardias de seguridad, militares, buzo, marino, estibador, manipulador de explosivos y todos los propuestos asegurados con riesgo clase 3.

2 ASSA Compañía de Seguros se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud.  
Esta solicitud debe venir acompañada con la cotización.

67A00004