



SOLICITUD DE ACCIDENTES PERSONALES - SEGURO DE VIAJES

GLOBAL TRAVEL

ASSA TRAVELER

CRUISE PROTECTION PLUS

ES TU SEGURO

Silver

Premium

CRUISE PROTECTION

Gold

Estándar

Platinum

Europa

PERIODO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA

Vigencia: Desde: ____/____/____
dd / mm / aaaaHasta: ____/____/____
dd / mm / aaaa

Destino: _____

ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Apellido_____
Segundo Apellido_____
Apellido de Casada_____
Nombre_____
Cédula / Pasaporte_____
Correo ElectrónicoFecha de Nacimiento: ____/____/____
dd / mm / aaaa_____
Nacionalidad

Sexo: Masculino Femenino

Contacto en caso de emergencia_____
Celular_____
Teléfono_____
Correo Electrónico

CÓNYUGE E HIJOS QUE VIAJAN CON USTED

NOMBRE DEL ASEGURADO	CEDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	SEXO F/M	FECHA DE NACIMIENTO

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	%PARTICIPACION

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – CONYUGE

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	%PARTICIPACION

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL – HIJO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	CEDULA / PASAPORTE	PARENTESCO	%PARTICIPACION

“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 Solicitante

Cédula

Dado en la ciudad de Panamá a los _____ del mes de _____ del _____.

CORREDOR DE SEGUROS

Nombre	Licencia