SOLICITUD CAMBIOS MÚLTIPLES VIDA INDIVIDUAL

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 Vida para registrar solicitudes de modificación de Póliza.

Póliza No. _____ Nombre del Asegurado: _____

I. CAMBIO DE MONTO ESPECÍFICO (suma básica). Si es incremento, favor completar el formulario "Completar solicitud de vida"	
☐ Incremento de: _____	☐ Disminución de: _____ Nueva Suma Total asegurada por B/.: _____
II. CAMBIO DE OPCIÓN DE BENEFICIO	
Nueva opción: ☐ A: Monto especificado incluye valores acumulados ☐ B: Monto especificado en adición al valor acumulado	
III. CONVERSIÓN A UN PLAN PERMANENTE	
Datos Plan Actual	Conversión a:
Número de póliza: _____	Plan: _____
Plan: _____	Suma asegurada: _____
Suma asegurada: _____	

*En caso de suma por suma o menor completar solicitud sin requisitos médicos.

*En caso de conversión con aumento de suma asegurada, completar solicitud más parte médica, tomar en cuenta la tabla de requisitos médicos en caso de que se necesiten exámenes médicos y laboratorios.

IV. CAMBIO O CORRECCIÓN EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO U OTRO (S) ASEGURADO (S) completar los documentos de Identificación del Cliente	
Cambio o corrección a: _____	
V. CAMBIO DE FRECUENCIA, FORMA DE PAGO Y/O PRIMA PLANEADA	
FRECUENCIA	FORMA DE PAGO
☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Bisemanal	☐ Tarjeta de Crédito* ☐ Descuento Bancario (ACH)** ☐ Voluntario ☐ Descuento de salario
*Favor completar el Formulario de Autorización de Cobro o Pago por Tarjeta de Crédito	
**Favor completar el Formulario de Autorización de Cobro por ACH	
Nueva prima planeada: _____	A partir de: _____

VI. CAMBIO A TARIFA DE NO FUMADOR (dentro de los dos años de emisión)	
Certifico que no he usado tabaco en ninguna forma, durante los últimos 12 meses: _____	
Firma del Asegurado _____	

VII. CAMBIO DE COBERTURAS				
BENEFICIOS DESEADOS	Agregar/Aumentar	Eliminar/Disminuir	Monto solicitado	Nueva prima
Exoneración de Pago de Primas	☐ / ☐	☐ / ☐		
Muerte Accidental y Desmembramiento	☐ / ☐	☐ / ☐		
Seguro a Término Asegurado Principal	☐ / ☐	☐ / ☐		
Seguro a Término Otro Asegurado	☐ / ☐	☐ / ☐		
Renta Hipotecaria Temporal con desempleo ☐ No ☐ Sí	☐ / ☐	☐ / ☐		
Otras:	☐ / ☐	☐ / ☐		
Pérdida de Ingresos por Incapacidad:				
Seleccionar Tipo	Seleccionar Período			
☐ Profesional	☐ 5	☐ 10	☐ 15	☐ 20
☐ Absoluta	☐ 5	☐ 10	☐ 15	☐ 20
☐ De autonomía	☐ 5	☐ 10	☐ 15	☐ 20

¹ Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Será considerado PEP hasta por un período de dos (2) años posterior al cese de las funciones del cargo.

² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuestas Políticamente.

³ Persona conocida por su íntima relación con respecto a la persona expuesta políticamente, esto incluye a quienes están en posición de realizar transacciones financieras, comerciales o de cualquier naturaleza, ya sean locales e internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.

VIII. CAMBIO DE CONTRATANTE/PAGADOR DE LA PÓLIZA**RELACIONES**

Nombre: _____ No. de Identificación: _____

Relación con la Solicitud: Contratante Pagador Ambos

Relación con el Asegurado: _____

PERSONA JURÍDICAFavor completar: 1) Formulario Conoce a tu Cliente y la documentación relacionada
2) Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Jurídica**PERSONA NATURAL**

Favor completar el Formulario Conoce a tu Cliente, adjuntando la documentación relacionada, y contestar las siguientes preguntas:

Ocupación Principal: _____ Ingreso Mensual: _____

Ocupación Secundaria: _____ Ingreso Mensual: _____

Tiempo en el Empleo: _____ Años _____ Meses

CONFIRMACIÓN DE LA CIUDADANÍA Y RESIDENCIA FISCAL**Declaro que:** _____ Indicar PaísSoy ciudadano de: Panamá Estados Unidos Otros _____Poseo nacionalidad: Panamá Estados Unidos Otros _____Mi residencia fiscal es en: Panamá Estados Unidos Otros _____**Nota:** Si marca alguna casilla distinta a Panamá, favor completar la **Autocertificación de Residencia Fiscal-Persona Natural**.

Con este documento, autorizo la comunicación – también en el extranjero – de los datos, incluidos los sanitarios y financieros, a la Casa Matriz y a sus fiduciarias, a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objeto de selección del riesgo, estimación del siniestro de liquidación de contrato de seguro de coaseguro, de reaseguro, así como el cumplimiento de aquellos acuerdos que tanto la Casa Matriz como sus filiales o sucursales estén obligadas a cumplir. El aquí firmante de generales indicadas en el presente documento, declaro que conozco el carácter de declaración jurada de la información aquí brindada, por lo que declaro bajo juramento que la misma se corresponde con la realidad de los hechos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad, omisión o declaración inexacta y cualquier cambio de circunstancia será reportado a ASSA Compañía de Seguros, S.A. dentro de los 30 días de dicho cambio.

IX. OBSERVACIONES**Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud y Póliza original, así como cualquier endoso existente y convengo, además, en que tales cambios no estarán en vigor, sino hasta que esta solicitud haya sido aprobada 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.”

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