

Solicitud y Autorización para Emisión de Póliza de Vida

Yo, _____, titular de la cédula de identidad personal o pasaporte número _____, en mi calidad de ASEGURADO y/o CONTRATANTE de la Póliza de Seguros, declaro bajo gravedad de juramento que entiendo, reconozco, acepto y doy mi consentimiento expreso respecto de todo lo contenido en el presente documento, por lo cual, certifico que la información aquí consignada es veraz, válida y corresponde fielmente a mis declaraciones manifestada a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. (ASSA), constituyéndose parte integral de la Póliza de Seguro, y por tanto:

1. Autorizo de manera expresa e irrevocable a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio, entidad gubernamental del sector salud o compañía de seguros que posea registros de mi historial médico, a proporcionar a ASSA toda información, informe, declaración, análisis, diagnóstico y/o documentación médica que esta solicite, tanto durante mi vida como después de mi fallecimiento. En virtud de lo anterior, renuncio expresamente a cualquier derecho de confidencialidad y privacidad que me ampare y libero de toda responsabilidad, restricción o reserva legal al profesional médico, hospital, clínica, laboratorio, entidad estatal de salud, así como a sus colaboradores y/o corredor de seguros, para que divulguen, informen y entreguen a ASSA cualquier registro, documento, observación, informe o dato, incluso aquellos de carácter personal, médico o confidencial relacionados con mi salud o condición médica.
2. Otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a ASSA para solicitar, obtener, suministrar y compartir, con agencias, burós o entidades dedicadas a la recopilación y análisis de información crediticia, toda aquella información que considere pertinente relacionada con mi historial crediticio. Esta autorización se extiende sin limitación alguna a mis obligaciones, operaciones o transacciones comerciales pasadas, presentes o futuras con cualquier agente económico. Asimismo, exonero expresamente a ASSA de toda responsabilidad, directa o indirecta, por cualquier consecuencia que pudiera derivarse del uso o divulgación de dicha información, en virtud de la presente autorización.
3. Autorizo de manera expresa a ASSA para que, con mi pleno consentimiento, consulte el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral, con el único propósito de validar y verificar la autenticidad de mis datos personales de identificación.
4. Manifiesto expresamente, que todas las declaraciones efectuadas, incluidas aquellas realizadas al médico examinador, son verídicas y han sido proporcionadas por mí con el único fin de obtener la Póliza de Seguro solicitada. Asimismo, manifiesto que comprendo y acepto que, en caso de no recibir la Póliza de Seguro o de no ser notificado sobre su aprobación o rechazo dentro del plazo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de esta solicitud o autorización, dicha solicitud se entenderá automáticamente rechazada.
5. Declaro, acepto y comprendo que la validez de la Póliza de Seguro está condicionada al pago oportuno de la prima de seguro por parte del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, conforme a lo establecido en la Póliza de Seguro respectiva. El pago de la prima podrá realizarse al contado o en forma fraccionada, según lo acuerden ASSA y el ASEGURADO y/o CONTRATANTE. Una vez establecida la modalidad de pago, cualquier modificación a la misma deberá realizarse únicamente mediante acuerdo expreso y por escrito entre las partes.

Firma del Contratante y/o Asegurado

6. Otorgo mi consentimiento y autorización expresa a ASSA, así como sus filiales, subsidiarias, empresas del mismo grupo económico, socios comerciales, reaseguradoras, compañías de seguros y agentes de seguros, puedan acceder, utilizar, compartir, tratar, almacenar y/o custodiar legalmente mis datos personales y sensibles. Dichos datos incluyen, pero no se limitan a, fotografías o imágenes de mis documentos de identificación (cédula, pasaporte, carné migratorio, licencia de conducir, credenciales) y cualquier otro documento, dato, información y/o formulario que haya sido proporcionado. Este consentimiento y autorización se otorga exclusivamente para fines relacionados con las actividades comerciales de ASSA, incluyendo la gestión, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización y/o manejo de reclamos relacionados con Pólizas de Seguros y sus Reaseguros, si hubiere. Asimismo, reconozco y acepto que ASSA se compromete a mantener la confidencialidad y resguardo de dicha información, salvo en los casos en que su divulgación sea exigida por autoridad competente o por mandato legal. Como ASEGURADO y/o CONTRATANTE, entiendo y acepto que mis datos personales y sensibles están protegidos conforme a la legislación vigente en la República de Panamá y que, en virtud de dicha normativa, tengo derecho a ejercer en cualquier momento los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad), los cuales podré solicitar directamente ante ASSA por los canales dispuestos para tal efecto.

7. Declaro y dejo constancia de que todas las declaraciones, informaciones y/o documentos presentados a ASSA, ya sea por el ASEGURADO y/o CONTRATANTE o su Corredor de Seguros en su calidad de representante, son veraces, exactos y han sido proporcionados con el propósito de obtener la Póliza de Seguro. En consecuencia, la validez y eficacia de la Póliza de Seguro dependen directamente de la veracidad de dichas declaraciones, reconociendo expresamente que cualquier declaración falsa, inexacta u omisión de información relevante podrá dar lugar a la nulidad de esta Póliza de Seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá.

8. Declaro, acepto y entiendo que la Solicitud de Seguros, así como la Póliza de Seguro y todos los documentos que la integran, podrán ser suscritos mediante firma electrónica, ya sea calificada o no calificada, firma escaneada y/o cualquier otro medio de autenticación electrónica reconocido, incluyendo y sin limitarse a el uso de tokens, credenciales de acceso (login o sign-in), registros electrónicos, prueba de vida e identidad, marcas, signos distintivos, imágenes, fotografías, códigos QR, u otros mecanismos aceptados por ASSA. Como ASEGURADO y/o CONTRATANTE, otorgo reconocimiento expreso y legal a la autenticidad, aceptación y validez de dichos medios de firma electrónica, aceptando su equivalencia jurídica con la firma manuscrita, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables de la República de Panamá. Declaro además que dicha aceptación se ha otorgado de forma libre, voluntaria, informada y sin coacción, y que no existirá repudio respecto de la manifestación de voluntad así expresada.

Firmado en _____, el ____ de _____ del año ____.

Firma del Contratante y/o Asegurado