



Solicitud para Seguro de Salud y/o Vida Colectivo (Breve)

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector.

Recuerda: Cada sección está marcada con un símbolo.

Si tu póliza lo requiere, deberás completarla.

● **Salud** ☐

Nro. de póliza

■ **Vida** ☐

Nro. de póliza

1. Datos generales del asegurado

1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada
1er. Nombre	2do. Nombre	Sexo M ☐ F ☐
Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	País de nacimiento
Estado civil Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐	Teléfono residencial	
Teléfono celular	Correo electrónico (personal)*	

*Importante que nos proporcione una dirección de correo electrónico, de esta forma recibirá la confirmación de la gestión de su reembolso o reclamo.

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? En caso afirmativo detallar: Sí ☐ No ☐

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

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

2. Dirección residencial

País	Provincia	Distrito
Corregimiento	Urbanización/Edificio	
Calle/Avenida	Nro. de Casa o Apartamento	

3. Datos de los dependientes

Nombre(s)	Apellido(s)	Cédula/Pasaporte	Fecha de Nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco
a)				M ☐ F ☐	Espos(a)
b)				M ☐ F ☐	Hijo(a)
c)				M ☐ F ☐	Hijo(a)
d)				M ☐ F ☐	Hijo(a)

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Algunos de los DEPENDIENTES es una persona expuesta políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? En caso afirmativo detallar: Sí ☐ No ☐

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).
² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta 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.

■ 4. Datos de los beneficiarios (si aplica)

Beneficiario(s) principal(es)	Parentesco	Cédula/Pasaporte	%

Beneficiario(s) contingente(s)	Parentesco	Cédula/Pasaporte	%

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Alguno de los beneficiarios PRINCIPALES o CONTINGENTES es una Persona Expuesta Políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? En caso afirmativo detallar: Sí ☐ No ☐

Se entiende por beneficiario principal aquella persona mayor de edad que es designada para recibir el producto de la Póliza en caso de muerte del Asegurado. Se entiende por beneficiario contingente aquel nombrado por el Asegurado para recibir el producto de la Póliza en caso de que al fallecimiento de éste no estén vivos ninguno de los beneficiarios principales. Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuera el caso.

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).
² Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de una Persona Expuesta 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.

Persona designada para administrar el seguro en caso de menor(es) de edad

Si al momento de mi fallecimiento, alguno de mis beneficiarios es menor de edad, el producto de la póliza será a libre administración de:

Nombre(s)	Apellido(s)	Parentesco*	Cédula/Pasaporte	%

*Relación con el asegurado principal.

Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la (s) persona (s) señalada (s) de (n) a la indemnización producto del presente seguro. Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a la Compañía única y exclusivamente cuando hubiese sido notificado por escrito a ésta última y registrada en los archivos de la Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados o acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Alguno de los beneficiarios ADMINISTRADORES es una Persona Expuesta Políticamente¹ o un familiar² o un estrecho colaborador³ de un PEP? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo detallar:

¹ Quien en los últimos dos años desempeñó o ha desempeñado funciones públicas destacadas a nivel nacional o en el extranjero (ej.: jefe de estado o gobierno, políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos).

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

5. Detalle de otros seguros de salud en vigor a su nombre

Compañía	Nro. de Póliza	F. Efectiva (dd/mm/aaaa)

6. Datos bancarios para autorización de pago de reclamaciones

Nro. de la cuenta de banco

Banco	Nombre de la cuenta	Tipo de cuenta	Ahorro ☐	Corriente ☐
Firma	Nombre completo	Cédula		
Correo electrónico*				

*Importante que nos proporcione una dirección de correo electrónico, de esta forma recibirá la confirmación de la gestión de su reembolso o reclamo.

7. Datos del contratante*

Empleador	Clase	
Nro. de empleado	Centro de costo	Ocupación
Fecha de empleo (dd/mm/aaaa)	Salario	

Estos datos deberán ser completados por el contratante.

8. Autorizaciones y firmas (Favor lea detenidamente esta sección, firmar y fechar)

Convengo en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, que todas las declaraciones hechas aquí son completas y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento, y acepto que cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las mismas eximirá a ASSA Compañía de Seguros de toda obligación de indemnizar.

Convengo en que ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud para el Seguro de Salud y Vida Colectivo, y que el seguro aquí solicitado entrará en vigor cuando sea aprobado por la Compañía, iniciando a partir de la fecha efectiva que se expresa por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza.

AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO A SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO: Doy mi consentimiento y autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución de salud o compañías de seguros, o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros o miembro del respectivo personal profesional a ASSA Compañía de Seguros, S.A., o a mi intermediario de Seguros. Renuncio, exonero y relevo al médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros o cualquier miembro del personal profesional perteneciente a los mismos, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen, revelen, muestren o entreguen cualquier registro profesional, observación, informe o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

CONSENTIMIENTO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS: Doy mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A: (la Compañía), 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 Asegurado	Cédula/Pasaporte del Solicitante	Fecha
Firma del Contratante		