

I Primera Parte

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

1. Datos Generales del Propuesto Asegurado

1.1 Datos personales

Nombre Completo: _____ 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: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ Provincia: _____

País: _____ Email: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Describe sus funciones: _____

Empresa donde trabaja: _____ ¿Cuánto lleva en está ocupación?: _____

Otras ocupaciones actuales: _____ En caso afirmativo explique: _____

Rango de Ingreso Familiar Mensual:

Menos de B/.500

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 Cónyuge

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula/Pasaporte: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Email: _____

Empresa donde labora: _____ Ocupación: _____

Descripción de sus funciones: _____ Otras ocupaciones : _____

2. Formas de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

N° de tarjeta:

Master Card

Visa

AMEX

Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

2- Transferencia electrónicaACH

Nota: llenar formulario ACH

3- Transferencia de fondos

(Banca en línea)

4- Pago voluntario (Un solo pago

anual o semestral)

5- Descuento de planilla

Nota: únicamente por pago

electrónico de la empresa

Favor firmar autorización de descuento:

Día de Pago: _____

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 Beneficio

Tipo de Plan:

Plan I (Asegurado y cónyuge)

Plan II (Asegurado e hijos)

Plan II (Asegurado, cónyuge ehijos)

¿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 dependan económicamente del asegurado nombrado

Primer Apellido / Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Cédula

3. Beneficiarios Contingentes

Primer Apellido / Segundo Apellido	Primer Nombre / Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento 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 fueren 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

7 Corredor de Seguros

Nota: Se excluyen de está 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.

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