

1. DATOS PERSONALES DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
Cédula: _____ Estado Civil: _____ ¿Es Fumador?: ☐ No ☐ Sí
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Peso: _____ Estatura: _____ Sexo: ☐ F ☐ M
Celular: _____ E-mail: _____
Nombre del Conyugue: _____ Cédula: _____

Datos de trabajo:

Profesión: _____ Ocupación: _____ ¿Piensa cambiar de ocupación?: ☐ No ☐ Sí
Empresa donde labora: _____ ¿Cuánto tiempo lleva laborando?: _____
Dirección laboral: _____

Dirección Residencial:

Barriada/Edificio: _____ Calle: _____ Casa/apto: _____
Provincia: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____

Forma de pago:

ACH: ☐ Descuento ☐ Tarjeta de Crédito: ☐ Banco: _____ Vencimiento: ____ / ____
de Salario: _____ N°: _____ Código: _____
Salario Mensual: _____

2. BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FECHA DE NAC	PARENTESCO	%

Nombre del Administrador: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Cédula: _____ Parentesco: _____
Beneficiario Oneroso: _____ Monto: _____

3. HISTORIA MEDICA Y ESTILO DE VIDA

Nota**: De ser alguna respuesta afirmativa, debe llenar la solicitud de vida individual de la compañía, a excepción de la pregunta de vacunas COVID-19.

1. ¿Sufre de alguna enfermedad, toma algún medicamento diario o está diagnosticado por alguna condición?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Entre sus parientes inmediatos ¿Ha habido casos de diabetes, cáncer, tumores, epilepsia, presión arterial elevada o enfermedades del corazón?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido detenido, arrestado, condenado o se encuentra en investigación por algún delito?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Su ocupación se considera de alto riesgo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Practica o piensa practicar algún deporte extremo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Ha utilizado algún producto que contenga nicotina en los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Se le ha rechazado, cancelado o aplazado algún seguro de vida anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. ¿Ha consumido o consume algún tipo de droga ilícita?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Posee usted nacionalidad, ciudadanía o residencia fiscal distinta a la panameña?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. Fue diagnosticado con COVID-19 en los últimos 30 días?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
11. ¿Esta usted vacunado contra el COVID-19? Mínimo 2 dosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Autorización

Yo _____ con cédula de Identidad o pasaporte número _____ por el presente medio, en calidad de ASEGURADO Y/O CONTRATANTE, reconozco, acepto, doy fe y consentimiento expresamente bajo gravedad de juramento que todo lo establecido en este documento, forma parte integral de la Póliza de Seguro, las cuales son correctas, válidas y por ende confirman la veracidad, entendimiento y aprobación de lo declarado a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. (ASSA), a continuación:

1. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica o compañía de seguros que tenga registro de mi historial médico, a que facilite información que sea solicitada por ASSA. Por lo cual, renuncio, exonero y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro de ASSA o corredor de seguros, de toda restricción impuesta por cualquiera ley o norma legal, para que informen, revelen y entreguen cualquier registro, observación, informe o dato, incluyendo los de carácter personal y confidencial de mi persona.
2. Doy mi consentimiento y autorizo a ASSA para solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadores de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico. Igualmente, libro y relevo de toda responsabilidad a ASSA por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.
3. Declaro y hago constar, que todas las declaraciones, informaciones y/o documentación hechas o presentadas a ASSA son exactos y verídicos y han sido suministrados con el fin de obtener esta Póliza de Seguro de Vida, por lo cual, la efectividad y validez de esta Póliza dependerá de las declaraciones y cualquier declaración falsa o inexacta dará pie a la nulidad de la misma conforme con el artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá.
4. Declaro, acepto y entiendo, la validez del Contrato de Seguro. La validez del contrato de seguro estará sujeta al pago de la prima por parte del ASEGURADO y/o CONTRATANTE, conforme a lo establecido en la Póliza respectiva. La Prima podrá ser pagada al contado o de manera fraccionada, según convengan ASSA con el ASEGURADO y/o CONTRATANTE. Una vez convenida la forma de pago, sólo podrá ser cambiada mediante acuerdo entre las partes.
5. Declaro, acepto y entiendo, la causal de nulidad absoluta especial para los contratos de seguro, cualquiera que sea la forma de pago, el ASEGURADO y/o CONTRATANTE deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza. El incumplimiento del ASEGURADO y/o CONTRATANTE de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en las leyes de la República de Panamá.
6. Otorgo mi consentimiento y acepto que ASSA., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Reaseguradoras, Empresas de Seguros y Agentes de seguros para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar legalmente 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, y/o formulario para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales de ASSA, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización y/o reclamos de las Pólizas de Seguros. Asimismo, reconozco que ASSA mantendrá la confidencialidad de la información, salvo aquella que sea requerida por autoridad competente o por mandato legal ASSA deba revelar, por lo cual, yo como ASEGURADO Y/O CONTRATANTE entiendo y acepto de forma plena 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 a las normas legales de la República de Panamá.
7. Declaro, acepto y entiendo que la solicitud de seguros, así como la póliza de seguros y sus documentos que lo conforman, podrá ser firmada de forma electrónica o digital, a través de firma electrónica simple no calificada, escaneada y/o firma electrónica calificada, esto sin limitarse al uso de token, login, sign in, registros, prueba de vida e identidad, marca, signo distintivos, imagen, foto, código QR, entre otros reconocidos por ASSA, dándole en su conjunto ASEGURADO Y/O CONTRATANTE un reconocimiento expreso y legal al contenido, aceptación y validez en buena fe, sin repudio y/o coacción, en cumplimiento a las Leyes de la República de Panamá.

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

Firma del Propuesto Asegurado

Firma del Contratante
(solo si es diferente al propuesto asegurado)