

FORMULARIO DE REHABILITACIÓN "COVID-19"
PARA FIRMA DEL ASEGURADO O CORREDOR
VIDA INDIVIDUAL

Yo _____ con cédula/pasaporte # _____ por este medio declaro comprender que con efectividad _____ mi póliza de Vida Individual No. _____ fue cancelada por falta de pago de la prima acordada. Por este medio solicito la rehabilitación y/o emisión de una póliza nueva bajo las mismas condiciones o bien con menores coberturas, para recibir continuidad de beneficios, o bajo los términos y condiciones recientemente cotizados u ofrecidos por ASSA para tal efecto.

Rehabilitación/Reemisión.

Según cotización adjunta.

A la vez, declaro que durante el tiempo que no tuve cobertura, incluyendo el periodo de suspensión y el plazo en que estuvo cancelada, no se presentaron síntomas o diagnósticos alguno que motivara mi intención de rehabilitar o contratar la póliza nuevamente. Entiendo que en caso de que se hayan presentado síntomas o diagnósticos conocidos por mi persona durante dicho periodo (suspensión y cancelación) la aseguradora no estará obligada extender la cobertura o indemnización.

Conducto de Pago

☐

Descuento directo de tarjeta de crédito:

- Nombre del Tarjeta Habiente: _____.
- Banco: _____.
- No. de Tarjeta: _____.

☐

Master Card

☐

Visa

☐

AMEX

- Vencimiento: Mes: _____. Año: _____.
- Día de pago: _____.

- Frecuencia de pago: _____ Monto : _____

☐

Mensual

☐

Bimensual

☐

Trimestral

☐

Cuatrimestral

☐

Semestral

☐

Anual

Nombre del Contratante/Asegurado, o del Corredor de Seguros en su Representación

Fecha de firma: _____