

SOLICITUD PARA MODIFICACIÓN DE PÓLIZAS DE VIDA INDIVIDUAL

F-PRO-52. V3

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos Vida para registrar solicitudes de modificación de Póliza.

Póliza No. _____ Nombre del Asegurado: _____

I. CAMBIO DE MONTO ESPECÍFICO (suma básica). Si es incremento, favor completar el formulario "Certificado de Salud"

Incremento de: _____ Disminución de: _____ Nueva Suma Total asegurada por B/.: _____

II. CAMBIO DE OPCIÓN DE BENEFICIO

Nueva opción: A: Monto especificado incluye valores acumulados B: Monto especificado en adición al valor acumulado

III. CAMBIO DE BENEFICIARIOS

PRINCIPALES

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

CONTINGENTES

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

Alguno de los beneficiarios **PRINCIPALES** o **CONTINGENTES** es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?

No Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre: _____

CESIÓN SUBSIDIARIA: Cesionario: _____ Suma: _____

Si uno de los beneficiarios principales no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, esta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, de igual forma aplica para los beneficiarios contingentes, si fuera el caso. Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a _____ con cédula de identidad personal No. _____, o en su defecto a _____, con cédula de identidad personal No. _____ a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de los dineros que reciba(n) de ASSA Compañía de Seguros, en adelante La Compañía; sin que por esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro. Entiendo y acepto que La Compañía no asume la responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba 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 esta última y registrado en los archivos de La Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados a acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

IV. CAMBIO O CORRECCIÓN EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO U OTRO (S) ASEGURADO (S) completar los documentos de Identificación del Cliente

Cambio o corrección a: _____

V. CAMBIO DE FRECUENCIA, FORMA DE PAGO Y/O PRIMA PLANEADA

FRECUENCIA		FORMA DE PAGO	
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito*	<input type="checkbox"/> Descuento Bancario (ACH)**
<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Voluntario	
<input type="checkbox"/> Bisemanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Descuento de salario	

*Favor completar el Formulario de Autorización de Cobro o Pago por Tarjeta de Crédito

**Favor completar el Formulario de Autorización de Cobro por ACH

Nueva prima planeada: _____ A partir de: _____

VI. CAMBIO A TARIFA DE NO FUMADOR

Certifico que no he usado tabaco en ninguna forma, durante los últimos 12 meses: _____

Firma del Asegurado _____

VII. CAMBIO DE COBERTURAS

BENEFICIOS DESEADOS	Agregar/Aumentar	Eliminar/Disminuir	Monto solicitado	Nueva prima
Exoneración de Pago de Primas	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Muerte Accidental y Desmembramiento	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Seguro a Término Asegurado Principal	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Seguro a Término Otro Asegurado	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Renta Hipotecaria Temporal con desempleo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Otras:	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
Pérdida de Ingresos por Incapacidad:				
Seleccionar Tipo	Seleccionar Periodo			
<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> Absoluta	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> De autonomía	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20

¹ Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como (pero sin limitarse), los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes. Será considerado PEP hasta por un período de dos (2) años posterior al cese de las funciones del cargo.

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.

VIII. CAMBIO DE CONTRATANTE/PAGADOR DE LA PÓLIZA

RELACIONES

Nombre: _____ No. de Identificación: _____
 Relación con la Solicitud: Contratante Pagador Ambos
 Relación con el Asegurado: _____

PERSONA JURÍDICA

Favor completar: 1) Formulario Conoce a tu Cliente y la documentación relacionada
 2) Autocertificación de Residencia Fiscal – Persona Jurídica

PERSONA NATURAL

Favor completar el Formulario Conoce a tu Cliente, adjuntando la documentación relacionada, y contestar las siguientes preguntas:
 Ocupación Principal: _____ Ingreso Mensual: _____
 Ocupación Secundaria: _____ Ingreso Mensual: _____
 Tiempo en el Empleo: _____ Años _____ Meses

CONFIRMACIÓN DE LA CIUDADANÍA Y RESIDENCIA FISCAL

Declaro que: Indicar País
 Soy ciudadano de: Panamá Estados Unidos Otros _____
 Poseo nacionalidad: Panamá Estados Unidos Otros _____
 Mi residencia fiscal es en: Panamá Estados Unidos Otros _____

Nota: Si marca alguna casilla distinta a Panamá, favor completar la **Autocertificación de Residencia Fiscal-Persona Natural**.

SEGUROS DE VIDA EN VIGOR DEL PAGADOR O CONTRATANTE

Cía. Aseguradora	Año de emisión	Monto de seguro

SEGUROS DE VIDA EN VIGOR DE HERMANOS DEL ASEGURADOR PRINCIPAL (SEGURO JUVENIL)

¿Cuántos hermanos hay en la familia? _____ (Favor completar los datos de cada uno)

Nombre y Apellido	Edad	Cía. Aseguradora	Monto de seguro	Si no cuenta con seguro, indicar el motivo

Con este documento, autorizo la comunicación – también en el extranjero – de los datos, incluidos los sanitarios y financieros, a la Casa Matriz y a sus fiduciarias, a otras personas o entidades tanto nacionales como internacionales, públicas o privadas, con el objeto de selección del riesgo, estimación del siniestro de liquidación de contrato de seguro de coaseguro, de reaseguro, así como el cumplimiento de aquellos acuerdos que tanto la Casa Matriz como sus filiales o sucursales estén obligadas a cumplir. El aquí firmante de generales indicadas en el presente documento, declaro que conozco el carácter de declaración jurada de la información aquí brindada, por lo que declaro bajo juramento que la misma se corresponde con la realidad de los hechos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad, omisión o declaración inexacta y cualquier cambio de circunstancia será reportado a ASSA Compañía de Seguros, S.A. dentro de los 30 días de dicho cambio.

IX. OBSERVACIONES

Convengo que estos cambios son una enmienda a mi solicitud y Póliza original, así como cualquier endoso existente y convengo, además, en que tales cambios no estarán en vigor, sino hasta que esta solicitud haya sido aprobada por La Compañía.

_____ Firma _____ Fecha _____
 Asegurado

_____ Firma _____ Fecha _____
 Contratante/Dueño (si no fuere el asegurado)

Este espacio es para la oficina principal únicamente:

_____ Representante Autorizado
 Fecha de aprobación de inscripción