



SOLICITUD CAMBIOS MÚLTIPLES VIDA INDIVIDUAL

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 “Completar solicitud de vida”*

☐ 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. CONVERSIÓN A UN PLAN PERMANENTE

Datos Plan Actual	Conversión a:
Número de póliza:	Plan:
Plan:	Suma asegurada:
Suma asegurada:	

*En caso de suma por suma o menor completar solicitud sin requisitos médicos.

*En caso de conversión con aumento de suma asegurada, completar solicitud más parte médica, tomar en cuenta la tabla de requisitos médicos en caso de que se necesiten exámenes médicos y laboratorios.

IV. CAMBIO O CORRECCIÓN EN EL NOMBRE DEL ASEGURADO U OTRO (S) ASEGURADO (S) <i>completar los documentos de Identificación del Cliente</i>				
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"/> 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 (dentro de los dos años de emisión)				
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 <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Absoluta <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> De autonomía <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		

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 periodo 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 Expuestas 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.

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.

Asegurado

Firma

Fecha

Contratante/Dueño (si no fuere el asegurado)

Firma

Fecha

Este espacio es para la oficina principal únicamente:

Fecha de aprobación de inscripción

Representante Autorizado