

SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

Póliza Colectiva No. _____

Certificado No. _____

CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número y certificado aparecen arriba, el/los beneficiario/s en caso de mi fallecimiento son actualizados por medio de esta solicitud como detallo abajo. Me reservo el derecho de cambiar el/los beneficiario/s en cualquier momento durante la vigencia de la póliza colectiva.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MyDA: NOMBRES / ALTERNATIVAS CANTIDAD				%	PARENTESCO
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre		

FORM. 2273 REV. 8-69 GROUP

COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO. SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha de del 20 Año Firma del Empleado _____
 Día Mes Año Nombre _____

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 WE WILL (939 455) - e-mail: crmcecuador@panamericanlife.com

SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

Póliza Colectiva No. _____

Certificado No. _____

CAMBIO DE BENEFICIARIO

De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número y certificado aparecen arriba, el/los beneficiario/s en caso de mi fallecimiento son actualizados por medio de esta solicitud como detallo abajo. Me reservo el derecho de cambiar el/los beneficiario/s en cualquier momento durante la vigencia de la póliza colectiva.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MyDA: NOMBRES / ALTERNATIVAS CANTIDAD				%	PARENTESCO
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre		

FORM. 2273 REV. 8-69 GROUP

COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO. SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha de del 20 Año Firma del Empleado _____
 Día Mes Año Nombre _____

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A.
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: 1800 765 432 - Ventas: 1800 WE WILL (939 455) - e-mail: crmcecuador@panamericanlife.com

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, su Reglamento, y la demás normativa relacionada o vinculante (Ley aplicable), en calidad de TITULAR DE LOS DATOS de mis datos personales, DECLARO que he sido informado por Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A., en adelante EL RESPONSABLE, de lo siguiente:

1. De la inclusión de mis datos personales en una base de datos,
2. Que los fines de recolección y tratamiento, son el mantenimiento de la relación contractual o de aseguramiento, y en general el ofrecimiento de servicios y productos comercializados por EL RESPONSABLE, incluyendo información estadística, financiera, y administrativa.
3. Que la autorización de tratamiento incluye datos sensibles, relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Para estos efectos, EL RESPONSABLE observará lo previsto en la ley aplicable.
4. Que EL RESPONSABLE será el destinatario de la información, así como las empresas que hacen parte de Pan American Life Insurance Group, quienes podrán consultar, transferir, compartir, solicitar y procesar dicha información, garantizando adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad para proteger los Datos Personales del TITULAR DE LOS DATOS.
5. Que el tratamiento que se dará a mis datos incluirá su recolección, acceso, registro, modificación, consulta, almacenamiento, conservación y transferencia.
6. Que puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión del tratamiento, no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, contemplados en la Ley de protección de Datos personales, por medio de solicitud escrita remitida al correo electrónico privacy@palig.com o en las oficinas de Pan- American Life de Ecuador, en la Av. República de El Salvador 1082 y NN.UU. Edif. Mansión Blanca, Torre Londres, Piso11 en la ciudad de Quito, Ecuador.
7. Al firmar este documento acepto que el ejercicio de tales derechos no impide el tratamiento de los datos por parte del RESPONSABLE, si dicho tratamiento se fundamenta en el ejercicio de una obligación legal o de un derecho u obligación derivada de la relación contractual o precontractual.
8. Que mis datos podrán ser transferidos a: A) Agentes, brokers, intermediarios de seguros, en el marco de una relación contractual o precontractual. B). Entidades de salud (en el marco de reclamos que se formulen, compañías de asistencia. C) Entidades bancarias o financieras, nacionales o internacionales, en caso de que se requieran o soliciten servicios bancarios o financieros de ellas, como el reembolso o pago de cualquier suma de dinero, derivada de un siniestro. D) Entidades públicas, en cumplimiento de obligaciones legales o por requerimiento expreso de una autoridad competente.
9. A la firma de este documento, autorizo el envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio tecnológico disponible suministrado en calidad de TITULAR DE LOS DATOS.
10. Al firmar este documento, autorizo al RESPONSABLE a consultar mis datos personales, que se encuentren disponibles para consulta en cualquier base de datos pública o privada, para los efectos antes indicados.

Firma del Titular de los Datos:

Nombre del Titular de los Datos:

Documento de identificación:

Fecha: