

TIPO DE CLIENTE				<input type="checkbox"/> CONTRATANTE	<input type="checkbox"/> ASEGURADO	<input type="checkbox"/> PAGADOR
DATOS DEL CLIENTE/ DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES Y AVISOS						
Nombre completo:					Cédula/Pasaporte:	
Estado civil:		País de nacimiento:		Nacionalidad:		País de residencia:
Dirección residencial: (calle, urbanización, edificio, n° de casa /apto.)						
Corregimiento:			Ciudad:		Provincia:	
Teléfono casa:		Teléfono oficina:		Teléfono celular:		Correo electrónico:
Profesión/ocupación:				Detalle actividad comercial:		
Lugar de trabajo:				Otra actividad comercial:		
Dirección laboral: (calle, urbanización, edificio, n° de oficina.)						
Corregimiento:			Ciudad:		Provincia:	
PERFIL FINANCIERO						
Ingresos anuales actividad principal: <input type="checkbox"/> Menor a B/. 10,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 10,001.00 a B/. 30,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 30,001.00 a B/. 50,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a B/. 50,001.00						
Ingresos anuales otra actividad: <input type="checkbox"/> Menor a B/. 10,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 10,001.00 a B/. 30,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 30,001.00 a B/. 50,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a B/. 50,001.00						
Origen de los ingresos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero				Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
Declaración: Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes:						
País (es) de tributación:				Número de identificación tributaria:		
PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00						
¿El total de las primas anuales que Usted paga en Aliado Seguros, son iguales o superan los B/. 10,000.00? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Persona expuesta políticamente: ¿Es Usted una persona expuesta políticamente? ¹ ó familiar cercano? ² , ó estrecho colaborador? ³ De ser afirmativa su respuesta, indicarnos el nombre y cargo de la persona PEP con la cual se encuentra relacionado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Nombre:				Cargo:		
<small>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 Estado o de 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 en una organización, organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir directores, sub directores y miembros de la junta directiva.</small> <small>2 Únicamente el cónyuge, los padres, los hermanos y los hijos de la persona expuesta políticamente.</small> <small>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 o internacionales, en nombre de la persona expuesta políticamente.</small>						
REFERENCIA PERSONAL						
Nombre:		Relación:			Teléfono:	
REFERENCIA COMERCIAL						
Nombre:		Contacto:			Teléfono:	
REFERENCIA BANCARIA						
Banco:				Producto:		
DECLARACIONES ESPECIALES:						
<p>1. Que la información contenida en esta solicitud de seguro, forma parte integral de la póliza que sustenta y motiva esta solicitud de seguro, y por lo cual, en cumplimiento fiel a lo establecido en el artículo 1000 del código de comercio, toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, o por los representantes de este que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo.</p> <p>2. Que con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., a realizar todas y cualesquiera investigaciones que considere necesarias y convenientes por razón de la información contenida en esta solicitud, así como con motivo de todos y cualesquiera reclamos que presente por razón de la póliza de seguro que motiva esta solicitud de seguro, quedando incluso autorizada a solicitar todas y cualesquiera información, y/o documentación que considere necesaria y conveniente para los propósitos aquí señalados, sin más limitaciones que las que disponga ALIADO SEGUROS, S.A..</p> <p>3. Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., a solicitar, y/o recopilar mis referencias de créditos a las agencias de recopilación de datos debidamente autorizadas de conformidad a la ley, así como a solicitar ante ellas mi historial de crédito, sin otra autorización que la presente solicitud de seguro.</p> <p>4. Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGURO, a informar, y/o reportar ante la Asociación Panameña de Crédito y/o cualesquiera otras entidades receptoras del historial de créditos de personas, mi historial de crédito que refleje los saldos morosos que por razón de la (s) póliza (s) contratada (s) con estos, genere, y en consecuencia, por razón de esta autorización expresa e irrevocable, los libero de toda y cualesquiera responsabilidad que por razón de estos reportes pudiera reclamar, e igualmente los libero de toda y cualesquiera responsabilidad por todos y cualesquiera daños y perjuicios que tales reporte alegue me han podido ocasionar.</p> <p>5. Que con motivo de cualquier reclamo que presente por razón de la póliza que se emita y ampare esta solicitud de seguro, por este medio me obligo de manera expresa, e irrevocable, a describir los hechos que sustentan ese reclamo de acuerdo a como se dieron los mismos; en consecuencia, en caso de que ALIADO SEGUROS, S.A., compruebe de que estos hechos se dieron de forma distinta a la señalada en el correspondiente Informe de Accidente, ALIADO SEGUROS, S.A., queda expresamente autorizada a declinar dicho reclamo, sin responsabilidad alguna para esta empresa de seguros, con la notificación escrita al Asegurado, exponiendo en la misma las razones por las cuales declina dicho reclamo.</p> <p>6. Que la información declarada en la presente solicitud única de seguro es veraz, confiable, verdadera y a su vez certifico que la misma se encuentra actualizada. Cualquier cambio en la información aquí contenida me comprometo a notificar a ALIADO SEGUROS, S.A dentro de los 30 días siguientes al cambio.</p>						

Nacionales: incluir copia de cédula de identidad personal			Extranjeros: incluir copia de pasaporte		
Firma del cliente:		Cedula:		Fecha:	
Firma del corredor:		Teléfono:	Licencia:		Fecha:

PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS	
Certifico que he verificado y revisado la información arriba descrita y que la misma es veraz.	
Comentarios:	
Nombre del ejecutivo:	Fecha:
Firma del ejecutivo:	Cargo: