



DATOS DEL CONTRATANTE/ASEGURADO																									
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cedula/Pasaporte																				
Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	País de Residencia	Nacionalidad	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																				
Dirección/Calle/Urbanización		Nombre del Edificio	No. Apto o Casa	Teléfono - Celular																					
Provincia		Distrito	Corregimiento	País																					
Correo electrónico		Profesión	Ocupación																						
Vigencia (dd/mm/aaaa) Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____			Peso (libras)	Estatura (metros)																					
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países			Id Tributario																						
¿Es Usted una persona expuesta políticamente o familiar cercano, o estrecho colaborador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
De ser afirmativa su respuesta, indicarnos el nombre y cargo de la persona PEP con la cual se encuentra relacionado																									
Nombre:			Cargo:																						
DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA JURÍDICA																									
Nombre de la Razón Social				RUC:																					
Dirección Física				Teléfono																					
Provincia	Distrito	Corregimiento		País																					
Actividad Económica			País de Constitución																						
Nombre del Representante Legal				Cédula/Pasaporte																					
Correo electrónico																									
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países:			Id Tributario:																						
ACCIONISTAS/SOCIOS/ASOCIADOS																									
Nombre Completo/Razón Social		Cédula/Pasaporte/RUC	Nacionalidad	%																					
¿Existe una persona expuesta políticamente en los miembros de esta persona jurídica? (directores, dignatarios, rep. legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																									
De ser afirmativa su respuesta, indicarnos el nombre y cargo de la persona PEP con la cual se encuentra relacionado																									
Nombre:			Cargo:																						
DATOS DEL PAGADOR																									
Nombre del Pagador/Nombre de la Empresa				Cédula/Pasaporte/RUC																					
Correo Electrónico				Teléfonos																					
Dirección																									
FORMAS DE PAGO																									
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card																									
<input type="checkbox"/> ACH (Completar Formulario de Autorización) <input type="checkbox"/> Corredor de Seguros <input type="checkbox"/> Voluntario																									
Nombre del Tarjeta Habiente: _____				<input type="checkbox"/> Aliadoseguros.com																					
Banco: _____				<input type="checkbox"/> Sucursales de Banco Aliado																					
Día de Cobro: 15 o 30 de cada mes Otro: ____				<input type="checkbox"/> Caja de Aliado Seguros																					
No. Tarjeta:		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
Fecha de Vencimiento: ____ / ____																									
El importe de las primas está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por la compañía, y serán igualmente presentados al Banco para su cobro. Esta autorización permanecerá vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a ALIADO SEGUROS, S.A.																									
Firma autorización de Descuento: _____																									
Frecuencia de pago		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		Cantidad de pagos: _____																					

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS			
Nombres de los beneficiarios	Cédula	Parentesco	Porcentaje
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
En caso de beneficiarios menores de edad, nombrar administrador fiduciario			
1.	Cédula		
Beneficiario Contingente			
1.	Cédula		

DECLARACIÓN DE SALUD

Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
1. Enfermedades del corazón, Hipertensión Arterial, Aneurismas			
2. Enfermedad de los pulmones			
3. Enfermedad de los riñones			
4. Problemas o defectos de la vista o del oído			
5. Tumores Malignos, Cáncer			
6. Diabetes			
7. Sida			
8. Enfermedades Mentales o del Sistema Nervioso			
9. Padecimiento de la columna, mutilación, deformación o algún defecto físico			
10. Padece o ha padecido enfermedades agudas, crónicas o graves no especificadas aquí.			
11. Practica algún deporte o pasatiempo			
12. Tiene algún otro seguro de accidentes			
13. Actualmente se encuentra en buen estado de salud			

Observaciones especiales: Si cualquiera de las respuestas afirmativa, favor subrayar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes

DECLARACION ESPECIAL:

- 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 crédito 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.
- Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., 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.
- Que declaro, conozco, acepto y otorgo consentimiento libre y expreso a ALIADO SEGUROS, S.A. y su Grupo económico, para recopilar, tratar, procesar y archivar toda información necesaria, ya sean datos confidenciales, sensitivos, datos biométricos, genéricos y/o relativos a la salud sobre su persona, crédito y/o póliza de seguros y que conozco las políticas de privacidad de la Aseguradora.
- Hago constar y garantizo que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces. De igual forma autorizo a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento, declaración, análisis, diagnósticos o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional, y suministren copia de los mismos a ALIADO SEGUROS, S.A., además renuncio, exonero, y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la compañía ALIADO SEGUROS, S.A.

Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente

Firma del asegurado Propuesto	Cédula	Fecha
Firma del Corredor de Seguros	Licencia No.	Fecha

Nota: Después de 60 días, el asegurado debe llenar una nueva declaración.

PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS

APROBACION		OBSERVACIONES
SI	NO	