



DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL																				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cédula/Pasaporte															
Fecha de nacimiento	País de Nacimiento	País de Residencia	Nacionalidad	Genero <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																	
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países			Id. Tributario																	
¿Es Usted una persona expuesta políticamente? ó familiar cercano, ó 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 JURIDICA																				
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 está 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																				
FORMA 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> </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 <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b>																				
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: _____																



VIGENCIA DE LA POLIZA			
Desde(dd/mm/aa)		Hasta(dd/mm/aa)	
____/____/____		____/____/____	
Acreedor Hipotecario			
DETALLE DE LOS EQUIPOS A ASEGURAR		VALOR DECLARADO	
1			
2			
3			
4			
5			
LUGARES DONDE SERAN UTILIZADOS			
<input type="checkbox"/> <b>ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta</b>			
<b>DECLARACION ESPECIAL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ol>			
<b>Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Firmante</b>			
Nombre del Solicitante		Firma del Solicitante	Cédula/Pasaporte
Nombre del Corredor de Seguros		Licencia del Corredor	Fecha
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS			
Nombre del Ejecutivo		Firma del Ejecutivo	Fecha

EP-AS-202205