


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 (Con participación igual o mayor al 10%)

Nombre Completo/Razón Social	Cédula/Pasaporte/RUC	Nacionalidad	%

En caso que el ACCIONISTA/SOCIO/ASOCIADO arriba detallado, corresponda a una Persona Jurídica; sírvase completar una declaración jurada.

¿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	

FORMA DE PAGO INMEDIATA (Ley 12 del 03 de abril del 2012, artículo 158)

Tarjeta de Crédito: VISA Master Card

ACH (Completar Formulario de Autorización) Corredor de Seguros Voluntario

Aliadoseguros.com
 Sucursales de Banco Aliado
 Caja de Aliado Seguros

Nombre del Tarjeta Habiente: _____
 Banco: _____

Día de Cobro: Inmediato

 No. Tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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: _____



TIPO DE FIANZA			
<input type="checkbox"/> Rifas <input type="checkbox"/> Tómbolas <input type="checkbox"/> Clubes de Mercancías <input type="checkbox"/> Menores <input type="checkbox"/> Promociones Comerciales <input type="checkbox"/> Juegos de Azar _____ <input type="checkbox"/> Otras Fianzas _____			
RIFAS, TOMBOLAS, BINGOS TELEVISADOS Y PROMOCIONES COMERCIALES			
Nombre de la actividad			
Vigencia de la Fianza		Hasta (se deben añadir tres meses posteriores a la entrega de los premios)	
Limite Afianzado (100%)		Monto de los premios	
CLUBES DE MERCANCIA			
Nombre de la actividad			
Vigencia de la Fianza		Hasta	
Limite a Afianzar		Monto afianzado para operar el club	
25%			
OTRAS FIANZAS			
Nombre del beneficiario		Limite a Afianzar	
Vigencia de la Fianza		Hasta	
DECLARACION ESPECIAL: 1. 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. 2. 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. 3. 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. 4. Según la Ley 12 del 03 de abril del 2012, que regula la actividad de seguros, en su artículo 158 indica en caso de las fianzas el pago de la prima en este tipo de contrato será al contado, antes de extenderse el respectivo contrato. La emisión de esta Fianza está condicionada a la Aprobación del Comité de Fianzas, el cual se llevará a cabo al obtener toda la documentación e información arriba detallada. El mismo indicará también el porcentaje tipo de colateral exigido por el cliente			
Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Solicitante			
Nombre del Solicitante		Firma del Solicitante	Cédula/Pasaporte
Nombre del Corredor de Seguros		Licencia del Corredor	Fecha
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS			
Nombre y Firma del Ejecutivo		Aprobado por:	Fecha
		<input type="checkbox"/> Comité de Fianzas <input type="checkbox"/> VP de Fianzas	

FM-AS-202206