



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 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																							
<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> </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: _____																			



VIGENCIA DE LA POLIZA			
Desde(dd/mm/aa)		Hasta(dd/mm/aa)	
____/____/____		____/____/____	
Acreedor Hipotecario:			
COBERTURAS		LIMITE DE RESPONSABILIDAD (SUMA ASEGURADA)	
POLIZA DE INCENDIO			
1	EDIFICIO		
2	CONTENIDO		
3	PERDIDA DE RENTA		
4	LUCRO CESANTE		
5	COBERTURAS ADICIONALES		
POLIZA DE MULTIRIESGO			
6	CONTENIDO		
7	LUCRO CESANTE		
8	COBERTURAS ADICIONALES		
DETALLE DE UBICACION DEL RIESGO			
TIPO DE RIESGO COMERCIO, INDUSTRIA O RESIDENCIA		UBICACION EXACTA Y COLINDANTES	
<input type="checkbox"/> ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta			
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.			
Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Firmante			
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

IN-AS-202205