



<b>N° DE PÓLIZA</b>		Fecha de la inclusión			
<b>CONTRATANTE</b>					
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>					
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/Casa	Teléfono - Celular
Provincia	Distrito		Corregimiento		País
Lugar de trabajo:		Profesión:		Ocupación	
Estatura (metros)	Peso (libras)	Email:			
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:		
<b>DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>					
<b>Nombres de los beneficiarios</b>			<b>Cédula</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Porcentaje</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>En caso de beneficiarios menores de edad nombrar administrador fiduciario</b>					
1.			<b>Cédula</b>		
<b>Beneficiario Contingente</b>					
1.			<b>Cédula</b>		
<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>					
<b>Ha presentado alguna de las siguientes condiciones</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>En caso de respuesta afirmativa, DETALLE</b>	
1. ¿Ha consultado a algún medico en los últimos 12 meses?					
2. Si es mujer, nombre del Ginecólogo					
3. Hace Dieta					
4. ¿Ha presentado alguna vez presión alta?					
5. ¿Ha tenido diabetes, tumores, quistes?					
6. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias?					
7. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas?					
8. ¿Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad o enfermedad mental?					
9. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica?					
10. ¿Esta usted embarazada?					
11. ¿Tiene alguna incapacidad física?					



Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
12. ¿Ha recibido alguna vez atención o tratamiento médicos por síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta?			
13. ¿Es Fumador?			
14. ¿ingiere Licor?			
15. ¿Recibe al tratamiento oral (medicamento)?			

**Observaciones especiales:** Si cualquiera de las respuestas afirmativa, enumerar la pregunta y ampliar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes

**COBERTURA FAMILIAR OPCIONAL**

Nombre del conyugue	Cedula	F. Nac: ____/____/____
¿Su cónyuge ha recibido o recibe tratamiento por condiciones como: Enfermedades de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas, enfermedades del corazón, presión alta, pulmones, vías respiratorias, diabetes, cáncer, tumores, quistes, enfermedades del sistema genital, problemas de columna vertebral, SIDA, depresión o trastornos nerviosos, o cualquier condición médica?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique: _____		

Hijos dependientes cubiertos por la póliza	Fecha de nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	

Beneficio de Hospitalización: Si No

**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, exoneró, 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.

**Adjuntar 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 al asegurado debe llenar una nueva declaración**

**PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS**

APROBACION		OBSERVACION
SI	NO	

CVBF-AS-202205