



VIGENCIA DE LA POLIZA			
Desde(dd/mm/aa) ____/____/____		Hasta(dd/mm/aa) ____/____/____	
Acreedor Hipotecario			
DETALLES DE BIENES CUBIERTOS			
DESCRIPCION DEL BIEN ASEGURADO	COBERTURA SOLICITADA	SUMA ASEGURADA	
DETALLES DE UBICACIONES DE LOS BIENES ASEGURADOS			
<input type="checkbox"/> ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta			
DECLARACION ESPECIAL:			
<ol style="list-style-type: none"> 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	Fecha
Nombre del Corredor de Seguros	Licencia del Corredor	Fecha	
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS			
Nombre del Ejecutivo	Firma del Ejecutivo	Fecha	

RD-AS-202205