## SOLICITUD TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES



					NTE PERS						
Primer Nombre	Segundo	Nombre	Apelli	do Paterno	Apellido Ma	aterno	Apellido d	de Casada	С	édula/Pas	aporte
Fecha de nacimiento	País c	le Nacimiento		País de Resid	encia	Naciona	lidad	(	Genero	F	М
Dirección/Calle/Urbaniza	ıción	Nombre del	l Edificio		No. Apto o Ca	No. Apto o Casa		Teléfono - Celular			
Provincia Distrito				Corregimiento			País				
Correo electrónico		Profesión				Ocupación					
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el d			o los países		Id. Tributario		L				
¿Es Usted una persona expuesta políticamente? ó familiar cercano, ó estrecho colaborador?											
De ser afirmativa su res	puesta, indi	carnos el nom	bre y carg	jo de la person	a PEP con la cua	l se encue	entra relacion	ado			
Nombre: Cargo:											
DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA JURIDICA											
Nombre de la Razón Social				RUC							
Dirección Física					Teléfono						
Provincia		Distrito			Corregimiento		País		País		
Actividad Económica				País de Constitución							
Nombre del Representar	nte Legal				Cédula/Pasaporte						
Correo electrónico											
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países Id. Tributario											
ACCIONISTAS/SOCIOS/ASOCIADOS											
Nombre Co	mpleto/Ra				/Pasaporte/R			onalidad		0,	6
¿Existe una persona expuesta políticamente en los miembros de está persona jurídica? (directores, dignatarios, rep. legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales)											
De ser afirmativa su res	,			no de la nerson	a PEP con la cua	al se encue	entra relacion	ado			
Nombre:	paesta, man	carrios er nom	ible y carg	go de la personi	Cargo:	ii se encue	entra relacion	auo			
				ATOS DE	L PAGADO	D					
Nombre del Pagador/No	mbre de la E	mpresa		AIUS DEI	Cédula/Pasap						
Correo electrónico			Teléfonos								
Dirección											
				FORMA	DE DACO						
FORMA DE PAGO  Tarjeta de Crédito: VISA Master Card											
ACH (Completar Formulario de Autorización) Corredor de Seguros Voluntario											
Nombre del Tarjeta Habiente: Sucursales de Banco Aliado											
Nombre del Tarjeta Habiente: Sucursales de Banco Aliado   Caja de Aliado Seguros											
Día de Cobro: 15 o 30 de cada mes Otro:											
No. Tarjeta:											
Facha de Vencimiento:											
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</b> , <b>S.A.</b>											
Firma autorización de		•									
Frecuencia de pago Mensual Trimestral Semestral Anual Cantidad de pagos:											
		<b>-</b>		_	_		· P				

## SOLICITUD TODO RIESGO DAÑOS MATERIALES



	VIGENCIA DE LA POLIZA							
Desc	de(dd/mm/aa)		Hasta(dd/mm/aa)					
/			_	/	/_			
Acre	edor Hipotecario							
	<b>COBERTURA TODO RIESGO MATE</b>	RIAL	LIMITE DE RE	SPONSA	BILIDAD	(SUMA ASEGURADA)		
1	EDIFICIO							
2	CONTENIDO							
3	PERDIDA DE RENTA							
4	LUCRO CESANTE							
5	ROTURA DE MAQUINARIA							
6	EQUIPO ELECTRONICO							
DETALLE DE UBICACION DEL RIESGO								
TIPO DE RIESGO COMERCIO, INDUSTRIA O RESIDENCIA			UBICACI	ON EXACT	A Y COLI	NDANTES		
☐ 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.								
	junte copia de la identificación cédula		e del Firmante	Cídul- (D		T each		
inom	bre del Solicitante Firma	del Solicitante		Cédula/Pasar	orte	Fecha		
Nombre del Corredor de Seguros			icencia del Corredor Fecha					
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS								
Nom	bre del Ejecutivo	Firma del		JUKUS		Fecha		

TR-AS-202205