

SOLICITUD DE VIDA DESGRAVAMEN

Aliado Seguros



| Ha presentado alguna de las siguientes condiciones | SI | NO | En caso de respuesta afirmativa, DETALLE |
|---|-------------|----------------------|--|
| 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? | | | |
| 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)? | | | |
| Si cualquiera de las respuestas afirmativa, enumerar la pregunta y ampliar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes | | | |
| DECLARACION ESPECIAL: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 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, exonerar, 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. | | | |
| Adjunte 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 | | OBSERVACIONES | |
| SI | NO | | |

SD-AS-202205

+507 304-8555
aliadosseguros.com
República de Panamá

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.