



DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cedula/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 JURÍDICA					
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**

Tarjeta de Crédito  VISA  Master Card

ACH (Completar Formulario de Autorización)  Corredor de Seguros  Voluntario:

- Aliadoseguros.com
- Sucursales de Banco Aliado
- Caja de Aliado Seguros

Nombre del Tarjeta Habiente: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Día de Cobro: 15 o 30 de cada mes Otro: \_\_\_\_\_

No. Tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual Cantidad de pagos: \_\_\_\_\_

**VIGENCIA DE LA POLIZA**

Desde(dd/mm/aa) _____/_____/_____	Hasta(dd/mm/aa) _____/_____/_____
--------------------------------------	--------------------------------------

Acreeedor Hipotecario:

**DATOS DE LOS VEHICULOS**

MARCA	MODELO	AÑO	PLACA	USO	TIPO
NUMERO DE MOTOR	NUMERO DE CHASIS	COLOR	VALOR DEL AUTO		

**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	Fecha
Nombre del Corredor de Seguros	Licencia del Corredor	Fecha	

**PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS**

Nombre del Ejecutivo	Firma del Ejecutivo	Fecha
----------------------	---------------------	-------