



DATOS DEL <input type="radio"/> CONTRATANTE <input type="radio"/> ASEGURADO					
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 o Casa	Teléfono - Celular	
Provincia		Distrito	Corregimiento	País	
Correo electrónico		Profesión	Ocupación		
Vigencia (dd/mm/aaaa) Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____			Peso (libras)	Estatura (metros)	
¿Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países			Id Tributario		
¿Es Usted una persona expuesta políticamente o familiar cercano, o 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 / RUC		
Correo electrónico			Teléfono		
Dirección					
FORMA DE PAGO					
Frecuencia de pago <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual Cantidad de pagos: _____					
<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Formulario Débito a cuenta <input type="radio"/> Corredor de Seguros <input type="radio"/> Caja de Aliado Seguros <input type="radio"/> Banca en línea					
<input type="radio"/> Web Aliado Seguros <input type="radio"/> Centro de Relacion de Banco Aliado					
Nombre del Tarjeta Habiente			Cédula del Tarjeta Habiente	Día de Cobro	
No. Tarjeta de Crédito			Vencimiento Tarjeta de Crédito	Banco Emisor	
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: _____					



DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Nombres de los beneficiarios		Cédula	Parentesco	Porcentaje
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
En caso de beneficiarios menores de edad, nombrar administrador fiduciario				
1.				
Beneficiario Contingente				
1.				
DATOS DEL VIAJE				
Fecha de Salida:	Fecha de Regreso:	Cantidad de días	País de destino:	
Motivo del viaje:		Cantidad de personas que viajan con usted		
DATOS DE LOS ACOMPAÑANTES				
Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
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 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, exono, 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 contratante (en caso de ser distinto al asegurado)		Cédula	Fecha	
Firma del Corredor de Seguros		Cédula	Fecha	
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS				
APROBACION		OBSERVACIONES		
SI	NO			