





DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Nombres de los beneficiarios		Cédula	Parentesco	Porcentaje
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
<b>En caso de beneficiarios menores de edad, nombrar administrador fiduciario</b>				
1.		Cédula		
<b>Beneficiario Contingente</b>				
1.		Cédula		
<b>DECLARACION ESPECIAL:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, <b>AUTORIZO</b> de forma expresa e irrevocable a <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b>, 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.</li> <li>Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, <b>AUTORIZO</b> de forma expresa e irrevocable a <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b>, 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.</li> <li>Que declaro, conozco, acepto y otorgo consentimiento libre y expreso a <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b> 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.</li> <li>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 <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b>, además renuncio, exonero, 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 <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b></li> </ol>				
<b>Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente</b>				
Firma del Asegurado Propuesto		Cédula	Fecha	
Firma del Corredor de Seguros		Licencia No	Fecha	
<b>PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS</b>				
<b>APROBACION</b>		<b>OBSERVACIONES</b>		
SI	NO			