

PERSONA JURIDICA
Solicitud de Seguro / Conozca a su Cliente

Aliado Seguros



TIPO DE CLIENTE <input type="checkbox"/> CONTRATANTE <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> PAGADOR			
DATOS DEL CLIENTE/ DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES Y AVISOS			
Nombre de la razón social:			RUC:
Nombre comercial:		Aviso de Operación:	
País de constitución:	Fecha de constitución:	País de operación:	
Agente residente:		Dirección del agente residente:	
Actividad de la empresa:		Otra actividad comercial:	
Dirección física:			
Correo electrónico:			
Corregimiento:		Ciudad:	Provincia:
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO LEGAL			
Nombre completo:			Cédula/Pasaporte:
Estado civil:	País de nacimiento:	Nacionalidad:	País de residencia:
Teléfono casa:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Dirección residencial: (calle, urbanización, edificio, nº de casa /apto.)			
Corregimiento:	Ciudad:	Provincia:	
Profesión/ocupación:			
Indique si el representante legal, apoderado o la sociedad misma son o han sido objeto de investigación, indagación o condena por actividades ilícitas, o delitos de lavado o blanqueo de dinero o financiamiento de terrorismo. En caso afirmativo, explique. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECTORES			
Nombre completo:		Cédula/Pasaporte:	
DIGNATARIOS (Presidente, Secretario, Tesorero, entre otros)			
Nombre completo:		Cédula/Pasaporte:	

+507 304-8555

aliadoseguros.com
República de Panamá

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá
AS-042020-2



PERFIL FINANCIERO		
Ingresos anuales actividad principal: <input type="checkbox"/> Menor a B/. 250,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 250,001.00 a B/. 1,000,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 1,000,001.00 a B/. 10,000,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a B/. 10,000,001.00		
Ingresos anuales otras actividades: <input type="checkbox"/> Menor a B/. 250,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 250,001.00 a B/. 1,000,000.00 <input type="checkbox"/> B/. 1,000,001.00 a B/. 10,000,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a B/. 10,000,001.00		
Origen de los ingresos: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Extranjero	Frecuencia de ingresos: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Declaración: Declaro que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención provienen de las siguientes fuentes:		
País (es) de tributación:	Número de identificación tributaria:	
PÓLIZAS CON PRIMA ANUAL, IGUAL O MAYOR A B/. 10,000.00		
¿El total de las primas anuales que Usted paga en Aliado Seguros, son iguales o superan los B/. 10,000.00? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Persona expuesta políticamente: ¿Existe alguna persona expuesta políticamente en los miembros de esta persona jurídica? (directores, dignatarios, representante 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:	
REFERENCIA COMERCIAL		
Nombre:	Contacto:	Teléfono:
REFERENCIA BANCARIA		
Banco:	Producto:	
DECLARACIONES ESPECIALES:		
1. Que la información contenida en esta solicitud de seguro, forma parte integral de la póliza que sustenta y motiva esta solicitud de seguro, y por lo cual, en cumplimiento fiel a lo establecido en el artículo 1000 del código de comercio, toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, o por los representantes de este que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo.		
2. Que con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGUROS, S.A., a realizar todas y cualesquiera investigaciones que considere necesarias y convenientes por razón de la información contenida en esta solicitud, así como con motivo de todos y cualesquiera reclamos que presente por razón de la póliza de seguro que motiva esta solicitud de seguro, quedando incluso autorizada a solicitar todas y cualesquiera información, y/o documentación que considere necesaria y conveniente para los propósitos aquí señalados, sin más limitaciones que las que disponga ALIADO SEGUROS, S.A..		
3. 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 créditos 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.		
4. Que igualmente, con la firma de la presente solicitud, AUTORIZO de forma expresa e irrevocable a ALIADO SEGURO, 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.		
5. Que con motivo de cualquier reclamo que presente por razón de la póliza que se emita y ampare esta solicitud de seguro, por este medio me obligo de manera expresa, e irrevocable, a describir los hechos que sustentan ese reclamo de acuerdo a como se dieron los mismos; en consecuencia, en caso de que ALIADO SEGUROS, S.A., compruebe de que estos hechos se dieron de forma distinta a la señalada en el correspondiente Informe de Accidente, ALIADO SEGUROS, S.A., queda expresamente autorizada a declinar dicho reclamo, sin responsabilidad alguna para esta empresa de seguros, con la notificación escrita al Asegurado, exponiendo en la misma las razones por las cuales declina dicho reclamo.		
6. Que la información declarada en la presente solicitud única de seguro es veraz, confiable, verdadera y a su vez certifico que la misma se encuentra actualizada. Cualquier cambio en la información aquí contenida me comprometo a notificar a ALIADO SEGUROS, S.A dentro de los 30 días siguientes al cambio.		
<i>Nacionales: incluir copia de cédula de identidad personal</i>		<i>Extranjeros: incluir copia de pasaporte</i>
Firma del rep. legal o apoderado:	Fecha:	
Firma del corredor de seguros:	Licencia:	Fecha:

PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS	
Certifico que he verificado y revisado la información arriba descrita y que la misma es veraz.	
Comentarios:	
Nombre del ejecutivo:	Fecha:
Firma del ejecutivo:	Cargo: