



DATOS DEL 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																	
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 ____/____/____			Estatura (m)		Peso (lb)																	
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 PAGADOR																						
Nombre del Pagador / Nombre de la Empresa				Cédula / RUC																		
Correo electrónico				Teléfono																		
Direccion																						
FORMA DE PAGO																						
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> ACH (Completar Formulario de Autorización) <input type="checkbox"/> Corredor de Seguros <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Aliadoseguros.com <input type="checkbox"/> Sucursales de Banco Aliado <input type="checkbox"/> Caja de Aliado Seguros																						
Nombre del Tarjeta Habiente: _____																						
Banco: _____																						
Día de Cobro: 15 o 30 de cada mes Otro: ____																						
No. Tarjeta: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																						
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 <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Cantidad de pagos: _____																						
DECLARACIÓN DE SALUD SECCION A																						
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones			SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, detalle:																	
1. ¿Ha padecido de o padece de cáncer o tumores o alguna otra enfermedad de tipo maligno?																						
2. ¿Ha padecido de sida o cualquier otra enfermedad relacionada con el virus VIH?																						



Ha presentado alguna de las siguientes condiciones		SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, detalle:
3. ¿Fuma actualmente o ha sido fumador de más de 10 cigarrillos al día?				
4. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas?				
5. ¿Su último Papanicolaou fue normal?				
6. ¿Padece o ha padecido enfermedades en la próstata?				
DECLARACIÓN DE SALUD SECCION B				
1. ¿Ha padecido de o padece de cáncer o alguna otra enfermedad de tipo maligno?				
2. ¿Ha padecido de sida o cualquier otra enfermedad relacionada con el virus VIH?				
3. ¿Padece o ha padecido de tumores en alguna parte de su cuerpo?				
4. ¿Fuma o ha fumado en su vida?				
5. Si dejo de Fumar ¿Desde Cuándo?				
6. ¿Ha tenido pérdida transitoria de algún movimiento?				
7. ¿Toma algún medicamento?				
8. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas o menstruaciones anormales?				
9. ¿Cuándo fue su última regla?				
10. ¿Cuántos días dura el sangrado menstrual?				
11. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los testículos o en la próstata?				
12. ¿Padecen o ha padecido cáncer o cualquier enfermedad de tipo maligno (Madre, padre, hermanos, abuelos				
Indique nombre y teléfono de su médico de cabecera:				
Observaciones especiales: Si cualquiera de las respuestas afirmativa, favor subrayar 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 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. 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, 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 ALIADO SEGUROS. 				
Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente.				
Firma del asegurado Propuesto			Cédula	Fecha
Firma del corredor de Seguros			Licencia N°	Fecha
Nota: Después de 60 días, el asegurado debe llenar una nueva declaración.				
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS				
APROBACION		OBSERVACIONES		
SI	NO			

CA-AS-202205