



DATOS DEL ASEGURADO					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cedula/Pasaporte
Plazo de la deuda (meses)		Monto del préstamo		Cúmulo del préstamo	
Tipo de Préstamo : <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Autos <input type="checkbox"/> Otros				Ocupación:	
Fecha de nacimiento:		Seguro social:		Sexo:	
Estado Civil:		Estatura (metros)		Peso: (libras)	
Jubilado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Planilla N°:		Pensionado y causa:	
DECLARACIÓN DE SALUD					
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE		
1. ¿Ha consultado algún medico en los últimos 12 meses					
2. ¿Ha tenido diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta? (*)					
3. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias? (*)					
4. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas? (*)					
5. Ha tenido, sufrido o padecido, depresión, ansiedad, o enfermedad mental? (*)					
6. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica?					
7. ¿Está usted embarazada? ¿Cuántos meses?					
8. ¿Tiene usted, alguna discapacidad física?					
9. ¿Toma algún medicamento? Detalle el nombre					
10. Ha recibido alguna vez atención o tratamiento médicos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)					
11. ¿Fuma? ¿Cuánto cigarrillos o habanos al día?					
12. ¿Ingiere alcohol? Indique la frecuencia por día y semana					
13. Nombre del último médico que lo atendió, especialidad y teléfonos.					
14. Nombre del ginecólogo (Si es mujer)					
(*) Incluir informes patológicos y/o cuestionarios pertinentes					
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. 4. 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, 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, S.A.					
Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente					
Firma del Asegurado Propuesto			Cédula	Fecha	
Nota: La validez de esta declaración es de 3 meses					
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS					
APROBACION		OBSERVACIONES			
SI	NO				