



N ° DE PÓLIZA		Fecha de la inclusión			
CONTRATANTE					
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	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Dirección/Calle/Urbanización		Nombre del Edificio		No. Apto/Casa	Teléfono - Celular
Provincia	Distrito		Corregimiento		País
Lugar de trabajo:		Profesión:		Ocupación	
Estatura (metros)	Peso (libras)	Email:			
Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países:				Id Tributario:	
¿Es Usted una persona expuesta políticamente ó familiar cercano, ó 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:		
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.		Cédula			
Beneficiario Contingente					
1.		Cédula			
DECLARACIÓN DE SALUD					
Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE		
1. ¿Ha consultado a algún medico en los últimos 12 meses?					
2. Si es mujer, nombre del Ginecólogo					
3. Hace Dieta					
4. ¿Ha presentado alguna vez presión alta?					
5. ¿Ha tenido diabetes, tumores, quistes?					
6. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias?					
7. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas?					
8. ¿Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad o enfermedad mental?					
9. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica?					
10. ¿Esta usted embarazada?					
11. ¿Tiene alguna incapacidad física?					



Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
12. ¿Ha recibido alguna vez atención o tratamiento médicos por síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta?			
13. ¿Es Fumador?			
14. ¿ingiere Licor?			
15. ¿Recibe al tratamiento oral (medicamento)?			
Observaciones especiales: Si cualquiera de las respuestas afirmativa, enumerar la pregunta y ampliar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes			
<p>DECLARACION ESPECIAL:</p> <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, 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. 			
Adjuntar copia de cédula o pasaporte vigente			
Firma del Asegurado Propuesto		Cédula	Fecha
Firma del Corredor de Seguros		Licencia No.	Fecha
Nota: Después de 60 días al asegurado debe llenar una nueva declaración			
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS			
APROBACION		OBSERVACION	
SI	NO		

CVI-AS-202205