SOLICITUD RESPONSABILIDAD CIVIL

Aliado Seguros

DATOS DEL CONTRATANTE PERSONA NATURAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	Cédula/Pasaporte

Fecha de nacimiento	País de Nacimiento	País de Residencia	Nacionalidad	Genero ☐ F ☐ M

Dirección/Calle/Urbanización	Nombre del Edificio	No. Apto o Casa	Teléfono - Celular

Provincia	Distrito	Corregimiento	País

Correo electrónico	Profesión	Ocupación

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? ☐ Sí ☐ 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 CONTRATANTE PERSONA JURIDICA

Nombre de la Razón Social	RUC

Dirección Física	Teléfono

Provincia	Distrito	Corregimiento	País

Actividad Económica	País de Constitución

Nombre del Representante Legal	Cédula/Pasaporte

Correo electrónico

Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países	Id. Tributario

ACCIONISTAS/SOCIOS/ASOCIADOS

Nombre Completo/Razón Social	Cédula/Pasaporte/RUC	Nacionalidad	%

¿Existe una persona expuesta políticamente en los miembros de está persona jurídica? (directores, dignatarios, rep. legal, apoderado, socios, accionistas o beneficiarios finales) ☐ Sí ☐ 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/Pasaporte/RUC

Correo electrónico	Teléfonos

Dirección

FORMA DE PAGO

☐ Tarjeta de Crédito: ☐ VISA ☐ Master Card

☐ ACH (Completar Formulario de Autorización) ☐ Corredor de Seguros ☐ Voluntario

☐ Aliadoseguros.com

☐ Sucursales de Banco Aliado

☐ Caja de Aliado Seguros

Nombre del Tarjeta Habiente:_____

Banco:_____

Día de Cobro: 15 o 30 de cada mes Otro:_____

No. Tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | |

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 ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual Cantidad de pagos: _____

SOLICITUD RESPONSABILIDAD CIVIL

Aliado Seguros

VIGENCIA DE LA POLIZA	
Desde(dd/mm/aa) _____/_____/_____	Hasta(dd/mm/aa) _____/_____/_____
Acreedor Hipotecario	

	COBERTURAS	LIMITES
1	RESPONSABILIDAD CIVIL DE PREDIOS Y OPERACIONES	
2	COBERTURAS ADICIONALES SEGUN COTIZACION	

ACTIVIDAD DEL USUARIO Y UBICACION DE LOS PREDIOS A ASEGURAR

☐ **ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta**

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.**

Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Firmante

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Cédula/Pasaporte	Fecha

Nombre del Corredor de Seguros	Licencia del Corredor	Fecha

PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS		
Nombre del Ejecutivo	Firma del Ejecutivo	Fecha

RC-AS-202205