



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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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? <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 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 esta persona jurídica? (directores, dignatarios, rep. 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:																								
DATOS DEL PAGADOR																											
Nombre del Pagador/Nombre de la Empresa			Cédula/Pasaporte/RUC																								
Correo electrónico			Teléfonos																								
Dirección																											
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; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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: _____																											



VIGENCIA DE LA POLIZA			
Desde(dd/mm/aa)		Hasta(dd/mm/aa)	
____/____/____		____/____/____	
Acreedor Hipotecario			
DETALLE DEL RIESGO			
A. MERCANCIA ASEGURADA			
B. ORIGEN			
C. DESTINO			
D. INCLUYE TRANSBORDO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Lugar de Transbordo	
E. EMBARCADOR			
F. CONSIGNATARIO			
G. TIPO DE EMBALAJE			
LIMITES DE RESPONSABILIDAD			
Base de avaluó		<input type="radio"/> FOB <input type="radio"/> CIF <input type="radio"/> FAS <input type="radio"/> C&F	
Límite del viaje		Límite por póliza	
INDIQUE A CONTINUACION LOS MONTOS EN CASO A QUE APLIQUEN OTROS LIMITES, SEGUN LA CLAUSULA CONTRATADA			
CL	DESCRIPCION	LIMITE	
<input type="checkbox"/> ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta			
DECLARACION ESPECIAL:			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			
Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Firmante			
Nombre del Solicitante		Firma del Solicitante	Cédula/Pasaporte
Nombre del Corredor de Seguros		Licencia del Corredor	Fecha
PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS			
Nombre del Ejecutivo		Firma del Ejecutivo	Fecha

TI-AS-202205