

SOLICITUD DE VIDA DESGRAVAMEN

Aliado Seguros



Ha presentado alguna de las siguientes condiciones	SI	NO	En caso de respuesta afirmativa, DETALLE
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?			
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)?			

Si cualquiera de las respuestas afirmativa, enumerar la pregunta y ampliar el padecimiento y solicitar patologías y/o cuestionarios pertinentes

DECLARACION ESPECIAL:

- 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 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, exonerar, 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
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		OBSERVACIONES
SI	NO	

SD-AS-202205

+507 304-8555
aliadosseguros.com
República de Panamá

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.