

DATOS DEL CONTRATANTE/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	Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección/Calle/Urbanización		Nombre del Edificio	No. Apto o Casa	Teléfono - Celular	
Provincia	Distrito	Corregimiento		País	
Correo electrónico		Profesión		Ocupación	
Vigencia (dd/mm/aaaa) Desde ____/____/____ Hasta ____/____/____		Estatura (m)	Peso (lb)	Suma Asegurada	
¿Tributa en un País distinto a Panamá? Indique el o los países:				Id Tributario:	
¿Es Usted una persona expuesta políticamente o familiar cercano, o 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 PAGADOR					
Nombre del Pagador / Nombre de la Empresa			Cédula / RUC		
Correo electrónico			Teléfono		
Direccion					
FORMA DE PAGO					
Frecuencia de pago	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Semestral	<input type="radio"/> Anual	Cantidad de pagos: _____
<input type="radio"/> Tarjeta de Crédito <input type="radio"/> Formulario Débito a cuenta <input type="radio"/> Corredor de Seguros <input type="radio"/> Caja de Aliado Seguros <input type="radio"/> Banca en línea <input type="radio"/> Web Aliado Seguros <input type="radio"/> Centro de Relacion de Banco Aliado					
Nombre del Tarjeta Habiente			Cédula del Tarjeta Habiente	Día de Cobro	
No. Tarjeta de Crédito			Vencimiento Tarjeta de Crédito	Banco Emisor	
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 <b>ALIADO SEGUROS, S.A.</b>					
Firma autorización de Descuento: _____					
<b>DECLARACION ESPECIAL:</b>					
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, exoneró, 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.					
<b>Adjunte copia de cédula o pasaporte vigente</b>					
Firma del Asegurado Propuesto			Cédula	Fecha	
Firma del Corredor de Seguros			Licencia No	Fecha	
<b>PARA USO INTERNO DE ALIADO SEGUROS</b>					
<b>APROBACION</b>		<b>OBSERVACIONES</b>			
<b>SI</b>	<b>NO</b>				