





VIGENCIA DE LA POLIZA			
Desde(dd/mm/aa) ____/____/____		Hasta(dd/mm/aa) ____/____/____	
Acreedor Hipotecario			
COBERTURAS		LIMITES	
A. COBERTURA BASICA			
B. TERREMOTO			
C. HURACAN, VENDAVAL, CICLON, TEMPESTAD			
D. COBERTURA DE MANTENIMIENTO			
E Y F. RESPONSABILIDAD CIVIL			
G. REMOCION DE ESCOMBROS			
H. EQUIPO Y MAQUINARIA			
I. MONTAJE			
COBERTURAS ADICIONALES SEGUN COTIZACION			
DETALLE DE OBRA Y DE LOS BIENES			
1. PROYECTO			
2. UBICACION DEL PROYECTO			
3. DETALLE DE LAS EDIFICACIONES EXISTENTES O PROPIEDADES VECINAS QUE PUEDAN SER AFECTADAS POR EL TRABAJO CONTRATADO			
4. NOMBRE Y DIRECCION DEL PROPIETARIO			
5. NOMBRE Y DIRECCION DE LOS CONTRATISTAS			
6. TRABAJOS QUE SERAN EFECTUADOS POR SUBCONTRATISTAS			
7. PELIGROS ESPECIALES			
Incendio, explosión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Avenida, inundación	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Derrumbe, Tempestad, Ciclón	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Aludes, caídas de rocas o deslizamientos de tierra	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Rio, lago o mar cercano	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Otros			
<input type="checkbox"/> <b>ACEPTO asegurar coberturas y limites según cotización adjunta</b>			
<b>DECLARACION ESPECIAL:</b>			
<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>			
<b>Adjunte copia de la identificación cédula o pasaporte del Firmante</b>			
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

CAR-AS-202205

+507 304-8555

aliadosseguros.com

República de Panamá

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