

Ciudad	Fecha Solicitud Día Mes Año	Novedad Inclusión <input type="checkbox"/> Número de Póliza _____	Negocio Nuevo <input type="checkbox"/> Certificado _____
--------	--------------------------------	--	---

CONTRATANTE

Razón Social	RUC	
Dirección	Ciudad	Correo Electrónico

DATOS DEL CONTRATANTE (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VINCULO PRINCIPAL CON EL CONTRATANTE)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo Documento C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	No. Documento	Parentesco AP	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Lugar de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Correo Electrónico	Número Celular
Cuenta Bancaria Nombre del Banco _____ Tipo de Cuenta _____ Numero de la Cuenta _____			

PRODUCTOS DE ASISTENCIA MEDICA

Pyme Basic <input type="checkbox"/> Pyme Plus <input type="checkbox"/> Pyme Gold <input type="checkbox"/> Pyme Platinum <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Deducible \$ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	Plan
--	--	------

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE EL CONTRATANTE Y FAMILIARES)

No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo Documento	Número de Identificación	Parentesco	Sexo	Peso (kgs)	Estatura (cms)	Fecha de Nacimiento			
											Día	Mes	Año	
1					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		AP							
2					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
3					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
4					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
5					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
6					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
7					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
8					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
9					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
10					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									

Tipo Documento C.C.: Cédula de Ciudadanía P.A.: Pasaporte	Parentesco AP: Asegurado Principal CO: Cónyuge o compañero	HI: Hijo PA: Progenitor	HE: Hermano NI: Nieto	TI: Tio SO: Sobrino	SU: Suegro	NOTA: Si existen más solicitantes, favor diligenciar en otra solicitud.
--	---	----------------------------	--------------------------	------------------------	------------	--

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaración de asegurabilidad y autorizaciones para cada uno de los solicitantes	Solicitante Número									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con:										
1 Enfermedades del corazón o enfermedades de la circulación de la sangre, infarto al corazón, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, convulsiones, enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, enfermedades de la sangre, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, cálculos en el riñón, próstata, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis, gastritis, colitis, hepatitis B o Hepatitis C, cirrosis hepática, retardo mental, trastornos psiquiátricos, demencia, enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Enfermedades Neurológicas, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, fracturas, hernias, enfermedades de la columna vertebral, consume drogas psicoestimulantes o ¿ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
2 ¿Ha tenido enfermedades, lesiones o accidentes diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, por las que ha recibido o está recibiendo tratamiento o control médico o tiene pendiente alguna cirugía?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
3 Alguna de las solicitantes esta en embarazo? _____ Cuántos meses? _____ Número de embarazos previos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
4 Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental u otras? Quién? _____	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

Número Pregunta	Número Solicitante	Enfermedad / Lesión - Medicamento	Operado	Tratado	Fecha Comienzo			Médico Tratante	Fecha Terminación		
					Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

AUTORIZACIONES

Reafirmo que la solicitud fue diligenciada de manera objetiva, real y verídica suministrando información de buena fe.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal ecuatoriano.

Declaro que conozco y acepto que la firma y entrega de la presente solicitud de seguro a la aseguradora, no implica aprobación del contrato de seguro que se solicita, para ello es indispensable la aceptación escrita que la aseguradora haga del mismo.

HISTORIA CLÍNICA: Yo, _____, autorizo a Liberty Seguros S.A. para que tenga acceso a toda la información médica, historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR INCLUSIÓN EN LISTAS RESTRICTIVAS: Solicito, desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud, la revocación del seguro al vencimiento de la vigencia en curso en caso de ser incluido en las listas restrictivas de la OFAC (Oficina de Control de Bienes Extranjeros) y/o de la ONU (Organización de Naciones Unidas), y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de la aseguradora.

LICITUD DE FONDOS. “Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro que la información contenida en este formulario y la documentación que se adjunte al mismo es verdadera, completa y proporcionada de manera confiable y actualizada; comprometiéndome a comunicar oportunamente a LIBERTY SEGUROS S.A. los cambios que se susciten a la información y documentación proporcionada, y a proveer la documentación e información adicional que me sea solicitada; Además declaro que la relación con LIBERTY SEGUROS S.A. tiene un propósito lícito, y que todos los bienes asegurados y garantías, así como los montos de primas que se pagarán son de origen lícito; y los valores entregados a mi favor serán utilizados para actividades lícitas. Autorización Autorizo expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a LIBERTY SEGUROS S.A. para que confirme en cualquier momento la información proporcionada de la fuente de información que considere pertinente, y a transferir o entregar dicha información cuando sea requerida formalmente por autoridades competentes, organismos de control y otras Instituciones o personas jurídicas legal o reglamentariamente facultadas. También autorizo a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para comprobar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro. De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Liberty Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrato y por escrito. Nota: El contratante acepta que puede acceder a su factura en formato electrónico a través del portal web www.liberty.ec en la sección Facturación Electrónica, para libre consulta y descarga”.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello el presente documento.

Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma Contratante-Titular/Contratante

TD _____ No. _____ de _____

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto. Para efectos de control asignó al presente Formulario el registro No. 53282; con oficio No. de SCVS-IRQ-DRS-2020-00048616-O de 30 de noviembre de 2020.