

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 <b>AP</b>	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"/>		<b>AP</b>							
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"/>									

<b>Tipo Documento</b> C.C.: Cédula de Ciudadanía P.A.: Pasaporte	<b>Parentesco</b> AP: Asegurado Principal CO: Cónyuge o compañero	HI: Hijo PA: Progenitor	HE: Hermano NI: Nieto	TI: Tio SO: Sobrino	SU: Suegro	<b>NOTA:</b> 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, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. 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 y/o de la ONU, 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](http://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.