

Fecha			Póliza
Día	Mes	Año	

<b>SOLICITANTE</b>	
Entidad contratante	RUC

<b>ASEGURADO PRINCIPAL</b>				
Nombres y Apellidos		Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	
Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Estado Civil	Ocupación	Ciudad/Provincia
Peso aproximado en Kilos	Talla aproximada en cms	Valor Asegurado \$		

<b>ASEGURADO 2</b>		Codeudor <input type="checkbox"/> Dependiente Familiar <input type="checkbox"/>		
Nombres y Apellidos		Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	
Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Estado Civil	Ocupación	Ciudad/Provincia
Peso aproximado en Kilos	Talla aproximada en cms	Valor Asegurado \$		

<b>ASEGURADO 3</b>		Codeudor <input type="checkbox"/> Dependiente Familiar <input type="checkbox"/>		
Nombres y Apellidos		Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	
Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Estado Civil	Ocupación	Ciudad/Provincia
Peso aproximado en Kilos	Talla aproximada en cms	Valor Asegurado \$		

<b>ASEGURADO 4</b>		Codeudor <input type="checkbox"/> Dependiente Familiar <input type="checkbox"/>		
Nombres y Apellidos		Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	
Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Estado Civil	Ocupación	Ciudad/Provincia
Peso aproximado en Kilos	Talla aproximada en cms	Valor Asegurado \$		

<b>DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD</b>		Solicitante Número							
<b>Declaración de asegurabilidad y autorizaciones para cada uno de los solicitantes</b>		1	2	3	4				
Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con:									
<p>Padecer o ha padecido alguna patología, enfermedad o lesión relacionada con: Derrames cerebrales, parálisis, convulsiones - epilepsia o migraña; Trastornos cardiovasculares como hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, arritmias, insuficiencia cardiaca, enfermedades en venas o arterias; Trastornos pulmonares como bronquitis, asma, tuberculosis, epoc; Trastornos gastrointestinales como ulcera o gastritis, cálculos biliares, masas hepáticas, pancreatitis, hernias, hemorragia intestinal o pólipos; Trastornos renales como ausencia de riñón, anomalías renales, insuficiencia renal crónica, Infecciones urinarias a repetición, cálculos renales o problemas de vejiga; Trastornos endocrinos en tiroides, diabetes mellitus, colesterol - triglicéridos o tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida; Trastornos musculoesqueléticos como hernias discales, gota, lumbago; Trastornos autoinmunes como artritis reumatoidea, lupus, síndrome antifosfolípido; Trastornos psiquiátricos como anorexia, autismo o depresión; Trastornos genitales como masas en mamas o útero, hemorragia uterina anormal o quistes ováricos. Lesiones en pene, próstata o testículos. Enfermedades de transmisión sexual como VIH, sífilis, gonorrea, condiloma o infección por vph; Trastornos alérgicos, rinitis, sinusitis o dermatitis; Cáncer de tiroides, mama, ovario o testículo o desordenes sanguíneos como anemia, leucemia o linfomas?</p> <p>Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y la fecha de diagnóstico _____</p>		S	N	S	N	S	N	S	N
Si en su leal saber o entender, conoce la existencia de cualquier otra enfermedad, patología o trastorno diferentes a los mencionados anteriormente, indique cuál? _____		S	N	S	N	S	N	S	N
Tiene alguna anomalía física, deformidad congénita y/o amputación? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente _____		S	N	S	N	S	N	S	N
SOLO PARA MUJERES. Se encuentra en embarazo? En caso afirmativo, indica número de semanas. A tenido complicaciones obstétricas o perinatales? Explique detalladamente _____		S	N	S	N	S	N	S	N
Ha sido sometido a cirugías? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente _____		S	N	S	N	S	N	S	N
Consumo de manera crónica algún medicamento? Si su respuesta es afirmativa, explique medicamento, dosis y causa _____		S	N	S	N	S	N	S	N
Recientemente se ha sometido a chequeos rutinarios o exámenes de salud? Los resultados fueron anormales? Ha sido paciente de un hospital, clínica o sanatorio durante el último año?		S	N	S	N	S	N	S	N
Tiene algún procedimiento o tratamiento pendiente?		S	N	S	N	S	N	S	N
Fuma? Consume alcohol, estupefacientes o drogas? Ha recibido tratamiento por adicciones?		S	N	S	N	S	N	S	N
En su familia hay casos de hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón o muerte súbita?		S	N	S	N	S	N	S	N
Alguna compañía de seguros ha declinado, aplazado o Extra primado una solicitud de seguro? Si su respuesta es afirmativa, explique detalladamente _____		S	N	S	N	S	N	S	N
Practica algún deporte considerado de alto riesgo, ejemplo: Alpinismo, automovilismo, aviación no comercial o ultralivianos, buceo, carreras de autos, motociclismo, paracaidismo. En caso afirmativo, suministre detalles _____		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"/>							

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Apellidos y Nombres	Número Identificación	Correo Electrónico	Celular	Parentesco	Edad	Porcentaje	Asegurado al que corresponde			
							1	2	3	4

Por medio de la presente declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas, verídicas y son la base sobre la que se solicita la protección bajo la presente póliza de Vida Grupo. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier hospital o sanatorio para que imparta a LIBERTY SEGUROS S.A. cualquier información que solicite sobre mí o cualquier miembro de la familia con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización.

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.

\_\_\_\_\_  
Firma de asegurado principal

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado 2

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado 3

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado 4