

DECLARACIÓN DE SALUD SEGURO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA PARA DEPENDIENTES

PARTE B: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES

1. ¿Quiénes son sus dependientes elegibles? (Si necesita más espacio utilice un formulario adicional).

Nombre Completo	Parentesco con Usted	Fecha de Nacimiento <small>dia/mes/año</small>	Altura (metros)	Peso (kilos)	Para uso de la Compañía de Seguros solamente

2. Cualquiera de las personas arriba indicadas ha recibido algún tratamiento, diagnóstico o ha tenido síntomas por alteraciones de:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago o Intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espalda o Articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece otras enfermedades diagnosticadas o en tratamiento?							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique:

Conteste cada una de las siguientes preguntas (3-7) en el espacio correspondiente:

	SI	NO
3. ¿Ha sido internado como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido examinado por algún médico durante los tres últimos años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnóstico, reposo, tratamiento o cirugía, pero no lo hizo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no cubiertos en los numerales 2 al 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si es mujer, ¿Está embarazada? Tiempo de embarazo: _____ semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "SI" en alguna de las preguntas 3 a la 7 arriba indicadas, explique los detalles a continuación:

Nombre Dependiente	Nº Preg	Fecha <small>dia/mes/año</small>	Diagnóstico / Tratamiento	Duración	Médico / Hospital

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 Póliza de Seguro de Vida y/o Asistencia Médica.

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 cualquier miembro de mi familia con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización.

Fecha: _____
dia/mes/año

Firma del Empleado: _____

OBSERVACIONES (uso exclusivo de la Compañía)

www.liberty.ec

 /LibertySeguros

Quito

Guayaquil

Cuenca

Manta

Sto. Domingo