

Ciudad	Fecha de solicitud			Novedad	Negocio nuevo <input type="checkbox"/>	Inclusión <input type="checkbox"/>	Número de póliza _____	Número de póliza _____
	Día	Mes	Año					

CONTRATANTE	
Razón social	RUC
Dirección	Ciudad
Correo Electrónico	

DATOS DEL CONTRATANTE (EMPLEADO O PERSONA QUE TENGA VÍNCULO PRINCIPAL CON EL CONTRATANTE)							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento	No. Documento	Parentesco	Sexo	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento
C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Día	Mes	Año	
Dirección	Ciudad		Correo Electrónico			Número Celular	
Cuenta bancaria							
Cuenta bancaria _____		Tipo de cuenta _____		Número de cuenta _____			

PRODUCTOS DE ASISTENCIA MÉDICA				Deducible \$ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	Plan _____
Pyme Basic <input type="checkbox"/>	Pyme Plus <input type="checkbox"/>	Pyme Gold <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____		
Pyme Platinum <input type="checkbox"/>	Corporativo <input type="checkbox"/>				

DATOS DE LAS PERSONAS A ASEGURAR (INCLUYE CONTRATANTE Y FAMILIARES)														
No.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo documento	Número de identificación	Parentesco	Sexo	Peso (Kilos)	Estatura (centímetros)	Fecha de nacimiento			
											Día	Mes	Año	
1					C.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>									
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		Parentesco		HI: Hijo		HE: Hermano		TI: Tio		SU: Suegro		NOTA: Si existen más solicitudes, favor completar en otra solicitud.		
C.C.: Cédula de Ciudadanía		AP: Asegurado principal		PA: Progenitor		NI: Nieto		SO: Sobrino						
P.A.: Pasaporte		CO: Cónyuge o Compañero												

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD																			
Declaración de asegurabilidad y autorizaciones para cada uno de los solicitantes										Solicitante número									
¿Usted o alguno de los solicitantes ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad, lesión o incapacidad relacionada con lo siguiente?																			
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?										1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿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
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
¿Algún familiar suyo ha padecido diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal, 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"/>							

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 CLINICA: Yo, _____, autorizo a HDI-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 HDI-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 HDI-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 HDI-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 HDI-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.hdiseguros.com.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 consistencia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Contratante-Titular/Contratante

TD _____ No. _____ de _____