

## SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

EMPLEADOR			POLIZA COLECTIVA N°	
EMPLEADO			NUMERO DEL CERTIFICADO	
Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en que se Adquirió	Fecha de Nacimiento	Aprobación de la Casa Matriz
				<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
_____			_____	
FECHA			FIRMA DEL EMPLEADO	
<p>La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, formulario No. 2641* debe completarse (uno para cada familiar dependiente) y someterse con esta solicitud. Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el patrono:</p>				
<p>Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde</p> <p>el _____ Por _____</p>				

FORM. 2508 SP. REV. 8-69 GROUP

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.  
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: **1800 WE WILL (939 455)** - e-mail: [crmcecuador@panamericanlife.com](mailto:crmcecuador@panamericanlife.com)



## SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

EMPLEADOR			POLIZA COLECTIVA N°	
EMPLEADO			NUMERO DEL CERTIFICADO	
Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en que se Adquirió	Fecha de Nacimiento	Aprobación de la Casa Matriz
				<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
_____			_____	
FECHA			FIRMA DEL EMPLEADO	
<p>La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, formulario No. 2641* debe completarse (uno para cada familiar dependiente) y someterse con esta solicitud. Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el patrono:</p>				
<p>Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde</p> <p>el _____ Por _____</p>				

FORM. 2508 SP. REV. 8-69 GROUP

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.  
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: **1800 WE WILL (939 455)** - e-mail: [crmcecuador@panamericanlife.com](mailto:crmcecuador@panamericanlife.com)