PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

TARJETA DE ENROLAMIENTO DEL EMPLEADO

Solamente complete la parte en color negro en letra imprenta o en máquina de escribir
(Las partes en gris son de uso exclusivo de PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.)

Nombre del Empleado				N° de Póliza	N° de Cert.
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre		

Dir. dom.:	Telf. dom.:	Ocupación:
Contratante:	Sucursal, Planta o Dpto.:	C.I.

Fecha de nacimiento	Fecha de empleo	Salario Básico	Sexo	
Mes Día Año	Mes Día Año	Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal ☐ Otros _____	M ☐ F ☐	Soltero ☐ Casado ☐ Otros_____

SEGURO-BENEFICIOS	Beneficiarios de vida: Detallar en el cuadro inferior: Nombres completos, fechas de nacimiento, parentesco, alternativas, % de participación, etc.
Vida ☐ Op. ☐ MyDA ☐	

Cobertura para gastos médicos:	Empleado:	SI ☐	NO ☐	Dependiente: SI ☐ NO ☐
Cobertura para gastos dentales		SI ☐	NO ☐	SI ☐ NO ☐

Empleado:							Dependientes:	
Clase	Fecha de Vigencia	Salario	Vida	Opciones	MyDA		N° de Deps	Fecha de Vigencia

PARA BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS / GASTOS DENTALES
DEPENDIENTES ELEGIBLES: CONYUGE - HIJOS SOLTEROS 10 DIAS - 19 AÑOS

NOMBRES COMPLETOS				Fecha Nacimiento
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre	Mes Día Año
CONYUGE:				
HIJOS:				

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MyDA: NOMBRES / ALTERNATIVAS CANTIDAD				%	PARENTESCO
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre		

Form. 2610 Rev. 7/91

*Por la presente solicito a **PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.,** la protección de Seguro Colectivo por la cantidad y condiciones por las cuales soy elegible bajo el Contrato de Seguro Colectivo emitido a mi Empleador y/o Contratante. Autorizo a éste para que haga la deducción de mi salario, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuenta de primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo.*

Fecha _____ **Firma del Empleado**_____
Mes Día Año

Nota: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N 91-170-S de Agosto 12 de 1991.

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**