



SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Solamente complete la parte en color Azul en letra molde o en mecanografía

Contratante				
Empleado			Nº de Póliza	Nº de Certificado
Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Nacimiento (D / M/ A)	Fecha de Unión - Pareja Fecha Adopción- Hijos (D / M/ A)	¿Desea Plan Dental para dependiente? (si aplica)
		/ /	/ /	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"/>
Fecha (D/M/A) / /	Firma del Empleado			
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 debe presentar * pruebas de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía (uno por cada familiar dependiente). * Esto no es necesario cuando el costo del seguro de los familiares dependientes es pagado por el contratante.				

Para uso exclusivo de Pan American Life

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde:

el _____ por _____

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

PAAD173



SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Solamente complete la parte en color Azul en letra molde o en mecanografía

Contratante				
Empleado			Nº de Póliza	Nº de Certificado
Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Nacimiento (D / M/ A)	Fecha de Unión - Pareja Fecha Adopción- Hijos (D / M/ A)	¿Desea Plan Dental para dependiente? (si aplica)
		/ /	/ /	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"/>
Fecha (D/M/A) / /	Firma del Empleado			
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 debe presentar * pruebas de asegurabilidad satisfactoria para la Compañía (uno por cada familiar dependiente). * Esto no es necesario cuando el costo del seguro de los familiares dependientes es pagado por el contratante.				

Para uso exclusivo de Pan American Life

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde:

el _____ por _____

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY

PAAD173