

**SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES**  
Solamente complete la parte en color Azul en letra molde o en mecanografía

<b>Contratante</b>				
<b>Empleado</b>			<b>Nº de Póliza</b>	<b>Nº de Certificado</b>
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"/>
<b>Fecha (D/M/A)</b> / /	<b>Firma del Empleado</b>			
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

<b>Contratante</b>				
<b>Empleado</b>			<b>Nº de Póliza</b>	<b>Nº de Certificado</b>
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"/>
<b>Fecha (D/M/A)</b> / /	<b>Firma del Empleado</b>			
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