



**SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA**  
**SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE BENEFICIARIOS**

Póliza Colectiva No. \_\_\_\_\_

Certificado No. \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE BENEFICIARIO**

De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número y certificado aparecen arriba, el/los beneficiario/s en caso de mi fallecimiento son actualizados por medio de esta solicitud como detallo abajo. Me reservo el derecho de cambiar el/los beneficiario/s en cualquier momento durante la vigencia de la póliza colectiva.

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

FORM. 2273 REV. 8-69 GROUP

COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO. SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha \_\_\_\_\_  
 Día                      Mes                      Año

Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.  
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: [crmcecuador@panamericanlife.com](mailto:crmcecuador@panamericanlife.com)



**SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA**  
**SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE BENEFICIARIOS**

Póliza Colectiva No. \_\_\_\_\_

Certificado No. \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE BENEFICIARIO**

De acuerdo con las condiciones de la póliza colectiva cuyo número y certificado aparecen arriba, el/los beneficiario/s en caso de mi fallecimiento son actualizados por medio de esta solicitud como detallo abajo. Me reservo el derecho de cambiar el/los beneficiario/s en cualquier momento durante la vigencia de la póliza colectiva.

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

FORM. 2273 REV. 8-69 GROUP

COMPLETAR ORIGINAL Y DUPLICADO. SIRVASE REMITIR AMBAS FORMAS A LA COMPAÑIA DE SEGUROS

Fecha \_\_\_\_\_  
 Día                      Mes                      Año

Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.  
 Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432** - Ventas: 1800 - 939 455 - e-mail: [crmcecuador@panamericanlife.com](mailto:crmcecuador@panamericanlife.com)