



**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 D/M/A	Fecha de Nacimiento D/M/A	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: DIA MES AÑO			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, 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:				
Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde				
el _____ Por _____				

FORM. 2508 SP. REV. 8-69 GROUP

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: [crmecuador@panamericanlife.com](mailto:crmecuador@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 D/M/A	Fecha de Nacimiento D/M/A	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: DIA MES AÑO			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, 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:				
Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde				
el _____ Por _____				

FORM. 2508 SP. REV. 8-69 GROUP

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: [crmecuador@panamericanlife.com](mailto:crmecuador@panamericanlife.com)