

TARJETA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

No. de Póliza No. de Certificado

Clase y Plan

Nombre del Contratante:

Nombre del Asegurado: Sexo M F Estado Civil:

Fecha de nacimiento: Día/Mes/Año Número Documento de Identificación:

Dirección del Asegurado:

Correo Electrónico del Asegurado: Fecha Inicio Empleo:

Ocupación: Salario:

DEPENDIENTES (si aplican)

Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MYDA

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje	Tipo de Beneficiario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lugar: Fecha Día/Mes/Año:

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante: Firma y Sello del Contratante:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado den la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1256-2018 del 30 de julio del 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.