

SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES
Solamente complete la parte en color Azul en letra molde o 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			
/ /				
<p>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 deberá 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.</p>				

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