PAN AMERICAN LIFE
HONDURAS
Confianza toda la vida

# MANTENIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO

## INFORME DE CAMBIOS

Nombre de Grupo: _____ Nombre de Póliza: _____

**SIMBOLOS:**

**1. ADICIONES 2. REINGRESO 3. AUMENTOS DE SALARIO 4. TERMINACIONES 5. ADICION DEPENDIENTE ( ADJUNTAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE)**
**6. CAMBIO DE BENEFICIARIO (ADJUNTAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE)**

| NOMBRE DEL EMPLEADO | SIMBOLO | # CLASE | No. DE CERTIFICADO | FECHA DE CAMBIO | NUEVO SALARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*** Ingresar fecha de vigencia para Adiciones, Reingresos, Adiciones de Dependientes y Cambio de Beneficiario, Fecha de Terminanción para Terminaciones, o fecha de aumento para aumento de salario.**

FECHA: _____

ELABORADO POR: _____

FIRMA: _____

FORMA: PAAD 158