

**SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA
CARTA PARA CAMBIOS Y
ADICION DE DEPENDIENTES**

_____ de _____ del 20____
Ciudad Día Mes Año

Sres.
PAN-AMERICAN Life Ins. Co.
Att. CRMC

Por este medio se solicita a Pan-American Life Insurance Company, Sucursal en el Ecuador, se sirva proceder conforme a lo que a continuación se indica:

| | |
|--|-------------------|
| Agencia Asesora Productora de Seguros: | |
| Contratante: | Número de Póliza: |

ADICION DE DEPENDIENTES

| Certificado Titular | Fecha de Adición D/M/A | Apellido Paterno | Apellido Materno | Primer Nombre | Segundo Nombre | Parentesco |
|---------------------|------------------------|------------------|------------------|---------------|----------------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CLASE

| Clase Anterior | Nueva Clase | Certificado | Fecha de Cambio D/M/A |
|----------------|-------------|-------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

BENEFICIARIOS - Designo como mis nuevos Beneficiarios a:

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Primer Nombre | Segundo Nombre | Parentesco | Porcentaje |
|------------------|------------------|---------------|----------------|------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OTROS (Describa)

Atentamente,

(f) Agencia Asesora Productora de Seguros
Responsable: _____
Cargo: _____

IMPORTANTE: NO SE RECIBIRA NINGUNA ADICION DE DEPENDIENTES SIN SU RESPECTIVO FORMULARIO. EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD ES MAXIMO 31 DIAS PARA TODOS LOS CASOS.