



**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 de Ecuador Compañía de Seguros, S.A
Presente

Por este medio se solicita a Pan-American Life de Ecuador Compañía de Seguros S.A, 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.