Este formulario puede ser impreso en blanco o llenado para imprimirlo con la información completa en él.

pan-american life ECUADOR

SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA

TARJETA DE ENROLAMIENTO DEL EMPLEADO

Solamente complete la parte en color negro en letra imprenta o en máquina de escribir
(Las partes en gris son de uso exclusivo de Pan-American Life Ins. Co)

Nombre del Empleado				N de Póliza	N de Cert.
Apellido	**2do. Apellido**	**Nombre**	**2do. Nombre**		
Dir. dom.:		**Telf. dom.:**		**Ocupación:**	
Contratante:		**Sucursal, Planta o Dpto.:**		**C.I.**	

Fecha de nacimiento	**Fecha de empleo**	**Salario Básico**	**Sexo**	
Mes Día Año	**Mes Día Año**	**Mensual** ○ **Quincenal** ○ **Semanal** ○ **Otros** ○	**M** ○ **F** ○	**Soltero** ○ **Casado** ○ **Otros** ○

SEGURO-BENEFICIOS	**Beneficiarios de vida:**
Vida ☐ Op. ☐ MyDA ☐	**Detallar en el cuadro inferior: Nombres completos, fechas de nacimiento, parentesco, alternativas, % de participación, etc.**

Cobertura para gastos médicos:	**Empleado:**	**SI** ○	**NO** ○	**Dependiente:**	**SI** ○	**NO** ○
Cobertura para gastos dentales		**SI** ○	**NO** ○		**SI** ○	**NO** ○

Empleado:							Dependientes:	
Clase	Fecha de Vigencia	Salario	Vida	Opciones	MyDA		N de Deps	Fecha de Vigencia

PARA BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS / GASTOS DENTALES
DEPENDIENTES ELEGIBLES: CONYUGE - HIJOS SOLTEROS 10 DIAS - 19 AÑOS

NOMBRES COMPLETOS				**Fecha Nacimiento**		
Apellido	**2do. Apellido**	**Nombre**	**2do. Nombre**	**Mes**	**Día**	**Año**
CONYUGE:						
HIJOS:						

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MyDA: NOMBRES / ALTERNATIVAS CANTIDAD				**%**	**PARENTESCO**
Apellido	**2do. Apellido**	**Nombre**	**2do. Nombre**		

Form. 2610 Rev. 7/91

*Por la presente solicito a **Pan-American Life Ins. Co. - Sucursal en Ecuador**, la protección de Seguro Colectivo por la cantidad y condiciones por las cuales soy elegible bajo el Contrato de Seguro Colectivo emitido a mi Empleador y/o Contratante. Autorizo a éste para que haga la deducción de mi salario, de la cantidad requerida, si la hubiere, para cubrir mi cuenta de primas. Me reservo el derecho de revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo.*

Fecha _____ **Firma del Empleado** _____
Mes Día Año

IMPRIMIR Y FIRMAR POR DUPLICADO

Nota: El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, con Resolución N 91-170-S de Agosto 12 de 1991.

Para mayor información favor comuníquese con su Agencia Asesora Productora de Seguros o a Pan-American Life Ins. Co.
Llamada sin costo a nivel nacional, Servicio: **1800 765 432 -** Ventas: **1800 WE WILL (939 455)** - e-mail: **crmcecuador@panamericanlife.com**