

**SEGURO CORPORATIVO DE VIDA Y ASISTENCIA MEDICA**  
**SOLICITUD DE CAMBIOS Y**  
**ADICION DE DEPENDIENTES**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Ciudad Día Mes Año

Sres.

**PAN AMERICAN LIFE DE ECUADOR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**

Att. CRM C

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:

**CLASE**

| Clase Anterior | Nueva Clase | Certificado | Fecha de Cambio |
|----------------|-------------|-------------|-----------------|
|                |             |             |                 |
|                |             |             |                 |
|                |             |             |                 |
|                |             |             |                 |
|                |             |             |                 |

**BENEFICIARIOS**

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

**OTROS**

|  |
|--|
|  |
|--|

**ADICION DE DEPENDIENTES**

| Certificado Titular | Fecha de Adición | Apellido Paterno | Apellido Materno | Primer Nombre | Segundo Nombre | Parentesco |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|----------------|------------|
|                     |                  |                  |                  |               |                |            |
|                     |                  |                  |                  |               |                |            |
|                     |                  |                  |                  |               |                |            |
|                     |                  |                  |                  |               |                |            |
|                     |                  |                  |                  |               |                |            |

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 31 DIAS PARA TODOS LOS CASOS.