



# SOLICITUD DE EXCLUSION DE ASEGURADOS

Ciudad

Día

Me

Año

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

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:

[illegible]

Atentamente,

(f) Agencia Asesora Productora de Seguros

Responsible:

Cargo:

**IMPORTANTE:** TODO ASEGURADO DEBERA DEVOLVER SU TARJETA DE CREDITO HOSPITALARIO (DE TENERLA) PARA SER EXCLUIDO. EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD ES 31 DIAS PARA TODOS LOS CASOS.