



SOLICITUD DE INCLUSION DE ASEGURADOS

Ciudad

Día

Mes

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:

Clase

Fecha Inclusión

Apellido Paterno

Apellido Materno

Primer Nombre

Segundo Nombre

(f) Agencia Asesora Productora de Seguros

Responsible:

Cargo: _____

IMPORTANTE: NO SE RECIBIRA NINGUNA INCLUSION SIN SU RESPECTIVA TARJETA DE ENROLAMIENTO. EL PERIODO DE RETROACTIVIDAD ES 31 DIAS PARA TODOS LOS CASOS.