PAN AMERICAN LIFE HONDURAS

MANTENIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO

INFORME DE CAMBIOS

Nombre de Grupo:_____ Nombre de Póliza:_____

SIMBOLOS:

1. ADICIONES 2. REINGRESO 3. AUMENTOS DE SALARIO 4. TERMINACIONES 5. ADICION DEPENDIENTE (ADJUNTAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE)
6. CAMBIO DE BENEFICIARIO (ADJUNTAR FORMULARIO CORRESPONDIENTE)

NOMBRE DEL EMPLEADO	SIMBOLO	# CLASE	No. DE CERTIFICADO	FECHA DE CAMBIO	NUEVO SALARIO

*** Ingresar fecha de vigencia para Adiciones, Reingresos, Adiciones de Dependientes y Cambio de Beneficiario, Fecha de Terminación para Terminaciones, o fecha de aumento para aumento de salario.**

FECHA:_____

ELABORADO POR:_____

FIRMA:_____

FORMA: PAAD 158

IMPRIMIR