PAN AMERICAN LIFE
HONDURAS
Confianza toda la vida

TARJETA DE ENROLAMIENTO DE SEGURO COLECTIVO
Solamente complete la parte en color dorado. Mecanografíese o llénese en letra de molde

Nombre del Empleado				No. de Póliza	No. de Cert.
1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Puesto dentro de la empresa	
Nombre del Contratante			Sucursal Planta o Depto.		
Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año		Fecha de Empleo Día / Mes / Año		Salario nominal mensual Lps. _____ Tarjeta de Identidad No.	Soltero ☐ Casado ☐ Otros ☐ Sexo M ☐ F ☐

Se solicitan las siguientes coberturas:
Marcar con un círculo

	Empleado		Dependientes	
Cobertura para Gastos Médicos	Si	No	Si	No
Cobertura para Gastos Dentales	Si	No	Si	No
Seguro de Vida Opcional	Si	No		
Seguro de MyDA Opcional	Si	No		

USO EXCLUSIVO PALC

Clase	Fecha de Vigencia			Seguro Básico			Seguro Opcional	
	Día	Mes	Año	Vida	MyDA	Renta por Incap.	Vida	MyDA

Por la presente solicito a **PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY**, Sucursal Honduras, la inclusión por la cantidad y condiciones por las cuales seré elegible bajo el contrato de Seguro Colectivo solicitado. Autorizo al Solicitante a que haga la deducción de la prima requerida de mi salario o cargue a mi cuenta dicho monto si fuere el caso. Me reservo el derecho de retirarme del seguro en cualquier tiempo. Por este medio autorizo expresamente a **PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY** Sucursal Honduras, para solicitar cualquier información médica que considere necesaria incluyendo expedientes e historial médico sobre mi persona o la persona de mis dependientes.

FAVOR FIRMAR Y COMPLETAR LA INFORMACION AL DORSO

(FAVOR VERIFICAR QUE EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS SEA EL MISMO QUE EL DE LA TARJETA DE IDENTIDAD O PARTIDA DE NACIMIENTO)

BENEFICIARIOS

POR ESTE MEDIO NOMBRO BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA Y LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS.

Nombres	Apellidos	Parentesco	Porcentaje

NUMERO DE BENEFICIARIOS NOMBRADOS: _____

DEPENDIENTES

DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA EL BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS Y/O GASTOS DENTALES:

Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento		
		Día	Mes	Año
Cónyuge:				
Hijos:				

DEPENDIENTES ELEGIBLES: EL CONYUGE LEGITIMO O COMPAÑERA (O) PERMANENTE DE UN ASEGURADO QUE NO ESTE DIVORCIADO O SEPARADO LEGALMENTE O AL HIJO O HIJOS SOLTEROS DE UN ASEGURADO (LO CUAL INCLUYE HIJASTROS E HIJOS LEGALMENTE ADOPTADOS), CUYAS EDADES NO SOBREPASEN DE DIECINUEVE (19) AÑOS O HASTA LA EDAD ESTABLECIDA EN EL CONTRATO PARA LOS HIJOS SOLTEROS SI SON ECONOMICAMENTE DEPENDIENTES DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y ESTUDIANTES DE JORNADA DIURNA A TIEMPO COMPLETO EN UN COLEGIO O UNIVERSIDAD CON LICENCIA OFICIAL.

NUMERO DE DEPENDIENTES DECLARADOS: _____

Lugar y Fecha	Firma del Asegurado	Huella Digital