



PLAN MEDICO HOSPITALARIO

FORMULARIO PARA ADICIONAR FAMILIARES DEPENDIENTES

Asegurado Principal: _____

Certificado No.: _____

Póliza No.: _____

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de PANAMEDIC, solicito adicionar al(los) siguiente(s) familiar(es) dependiente(s):

| NOMBRE | PARENTESCO | FECHA EN QUE SE ADQUIRIO | FECHA DE NACIMIENTO |
|--------|------------|--------------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTA: Este formulario debe ser acompañado con la Solicitud de Seguro.

_____ **LUGAR Y FECHA**

_____ **FIRMA DEL ASEGURADO**

PARA USO EXCLUSIVO DE PAN AMERICAN LIFE - HONDURAS

Los familiares dependientes arriba indicados han sido evaluados satisfactoriamente.

Fecha de Aprobación: _____ **Aprobado por:** _____

Observaciones: _____
