PAN AMERICAN LIFE HONDURAS

SEGURO COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL-LEMPIRAS

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

Solamente complete la parte en color Azul en letra molde o en mecanografía

Nombre del Empleado				N°. de Póliza	N°. de Cert.
1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Puesto que desempeña 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.

Cédula de Identidad N°.

Soltero ☐ Casado ☐ Otros ☐

Sexo M ☐ F ☐

Empleado	
Si	No
Si	No

USO EXCLUSIVO PALIC

Clase	Fecha de Vigencia			Muerte y Desmembracion Accidental-Lempiras			
	Día	Mes	Año				

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 de Muerte y desmembración accidental-Lempiras.

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 COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL-LEMPIRAS A LAS SIGUIENTES PERSONAS.

Nombres	Apellidos	Parentesco	Porcentaje
NUMERO DE BENEFICIARIOS			

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

Huella Digital

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 59/01-09-2021.