



**SEGURO COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN
ACCIDENTAL-DÓLARES**

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	Fecha de Empleo	Salario nominal mensual.			Sexo M F
Día Mes Año	Día Mes Año	Cédula de Identidad N°.			Otros

Empleado	
Si	No
Si	No

USO EXCLUSIVO PALIC

Clase	Fecha de Vigencia			Muerte y Desmembración 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 será elegible bajo el Contrato de Seguro Colectivo de Muerte y desmembración accidental-Dólares.

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