



SEGURO POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

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.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Fecha de Empleo		Salario nominal mensual.	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Cédula de Identidad N°.			Otros		
			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

Empleado	
SI	No
Si	No

Clase	Fecha de Vigencia			USO EXCLUSIVO PALIC Muerte e Indemnización por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal			
	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 por Muerte e Indemnización por Desempleo Involuntario e Incapacidad Temporal

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 POR MUERTE E INDEMNIZACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL**

A LAS SIGUIENTES PERSONAS.

Nombres	Apellidos	Parentesco	Porcentaje
NUMERO DE BENEFICIARIOS NOMBRADOS: _____			
DEPENDIENTES _____			

Lugar y Fecha
Firma del Asegurado
Huella Digital