



## SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Póliza Colectiva No. \_\_\_\_\_ Patrono \_\_\_\_\_

Número del Certificado \_\_\_\_\_ Empleado \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en que se adquirió	Fecha de nacimiento	Aprobación de la Casa Matriz	
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Empleado \_\_\_\_\_

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, formulario # 4231\* debe completarse ( uno para cada familiar dependiente) y someterse con esta solicitud.

\* Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el Patrono

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde

el \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

COMPAÑIA DE SEGUROS PANAMERICANA, S.A.