

# TARJETA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO

## PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

No. de Póliza  No. de Certificado

Clase y Plan  Vida:  Gastos Médicos:  Dental:

Nombre del Asegurado:

No. Doc. de Identificación:  Sexo  M  F Estado Civil:   
DPI/Pasaporte

Fecha de nacimiento:  Email:   
Día/Mes/Año

Dirección del Asegurado:

Teléfono Celular:  Teléfono de Residencia:  Fecha Inicio Empleo:

Nombre del Contratante:  Ocupación:  Salario:

### DEPENDIENTES (si aplican)

Nombre completo	Plan	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MYDA

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje	Tipo de Beneficiario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario

Autorizo a la Compañía a compartir la información sobre mis diagnósticos, antecedentes de salud y demás información personal con el Contratante y/o el intermediario de seguros durante la administración de la póliza de seguro colectivo de la que soy parte. Dicha autorización se hace extensiva a la información de mis dependientes.

### SOLICITE SU REEMBOLSO MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA (ACH)

Banco  No. de Cuenta  Email

Tipo de cuenta: Monetario  Ahorro  Moneda: \$  Q

Nombre del Solicitante  Lugar:  Fecha Día/Mes/Año:

Firma del Solicitante:

Firma y Sello del Contratante:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1256-2018 del 30 de julio del 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.