



SUCURSAL HONDURAS  
**UNIDAD DE NEGOCIOS**



**PLAN MEDICO HOSPITALARIO**

**FORMULARIO PARA ADICIONAR FAMILIARES DEPENDIENTES**

Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Certificado No.: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de FLEXIMEDIC, solicito adicionar al(los) siguiente(s) familiar(es) dependiente(s):

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA EN QUE SE ADQUIRIO	FECHA DE NACIMIENTO

NOTA: Este formulario debe ser acompañado con la Solicitud de Seguro.

\_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL ASEGURADO

<b>PARA USO EXCLUSIVO DE PAN AMERICAN LIFE</b>
Los familiares dependientes arriba indicados han sido evaluados satisfactoriamente.
Fecha de Aprobación: _____ Aprobado por: _____

Observaciones: \_\_\_\_\_