

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD
SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES**

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Póliza Colectiva No. _____ Contratante _____
 Certificado de Póliza. _____ Asegurado _____

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en que se adquirió			Fecha de Nacimiento		
		Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

Fecha: _____ Firma del Asegurado _____

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere.
 *Fecha en que se adquiere significa la fecha de matrimonio si el dependiente es el cónyuge, la fecha de nacimiento si el dependiente es un hijo(a), la fecha de adopción si el dependiente es un hijo(a) adoptivo.

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

el _____ Por _____
 Mes Día Año PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE COSTA RICA S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-35-A01-204 de fecha 04 de octubre 2010.