

**TARJETA DE CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO**

Solamente complete parte en negro en letra de molde

Nombre del empleado				No. de póliza <b>33680</b>	No. de Cert.		
Apellido	2do. Apellido	Nombre	2do. Nombre	Ocupación			
Contratante: <b>CETYA DE R.L.</b>			Sucursal Planta o Depto.				
Fecha de Nacimiento	Fecha de Empleo	Salario Básico Mensual:	Sexo	Estado civil			
Mes    Día    Año	Mes    Día    Año	-----	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Acompañado <input type="checkbox"/>		
				Casado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		
<b>*Campos de carácter obligatorio</b>							
Favor completar la siguiente información en caso de solicitar pago de reclamos por abono a cuenta bancaria:							
Banco: _____				* <b>DUI del empleado</b> _____			
Tipo de cuenta:    AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>				* <b>NIT del empleado</b> _____			
Numero de cuenta: _____							
Cobertura para Gastos Médicos:    Empleado:		SI <input type="checkbox"/>	X <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
				Dependientes:    SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Clase	Fecha de Vigencia	Salario	Vida	Opciones	MYDA	No.Deps.	Fecha de Vigencia
							/2020
<p>Por la presente solicito a Pan American Life Insurance Company mi incorporación a la póliza de seguro por el monto y condiciones bajo las cuales soy elegible y autorizo a mi Patrono y/o Contratante para que en el caso que aplique haga la deducción de mi salario, de la cantidad requerida, para cubrir mi prima o la porción de la misma y me reservo el derecho de revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo.          Este documento se emite en formulario aprobado por la Superintendencia del Sistema Financiero según Oficio No. IOE-SG 019588 de fecha 3 de Diciembre de 2010.          Sucursal Autorizada por el órgano Ejecutivo de economía; según acuerdo No. 228 de fecha 3 de Marzo de 1978.</p>							
FORM. 2610							
-----							
Para cobertura de Gastos Médicos/Gastos Dentales:							
Dependientes Elegibles: Cónyuge-Hijos Solteros 10 días - 19 Años							
Nombre Completo						Fecha de Nacimiento. Mes / Día / Año	
Cónyuge:							
Hijos:							
Beneficiarios Del Seguro De Vida/Myda:							
Nombre				% de Distribución		Parentesco	
Dirección Particular del asegurado _____							
No. Tel. _____				Firma del Empleado _____			
Fecha _____							
MES / DIA / AÑO							