

# MANTENGÁMONOS EN CONTACTO



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

Distinguido(a) Asegurado(a):

En Pan-American Life queremos mantenernos en contacto con usted, por lo que amablemente le pedimos unos minutos de su tiempo para actualizar su información de contacto:

Número de Póliza

Nombre y Apellidos del Asegurado Principal   
(Apellido, primer nombre e inicial del segundo)

Cédula de identidad  Fecha de nacimiento   
(MM/DD/AA):

## DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Dirección  Ciudad   
Estado  Código postal  País de Residencia

## DIRECCIÓN POSTAL

Dirección  Ciudad   
(si es diferente de la anterior)

Estado  Código postal  País de Residencia

Teléfono residencial  Celular  Fax

Correo Electrónico del Titular

(Será utilizado para enviarle avisos de cobro y otras notificaciones importantes sobre su póliza de Gastos Médicos Mayores)

Correo Electrónico del Cónyuge/Otro familiar

Gracias por su tiempo al completar esta información, por favor envíe este formulario a la dirección [servicioec@palig.com](mailto:servicioec@palig.com)

**En Pan-American Life valoramos su confianza,** los datos compartidos son protegidos con la más estricta confidencialidad y serán únicamente utilizados por Pan-American Life para mejorar la experiencia de servicio de nuestros asegurados.

**Consentimiento Política de Privacidad:** Certifico que mediante la presente consiento a la recolección, uso y disseminación de mi información personal en conexión con la administración de la póliza de seguro referida en este formulario. Para más información refiérase a nuestras políticas de privacidad en palig.com

**CONFIRMACIÓN DE RECIBO Y AUTORIZACIÓN:** Certifico que he leído todas las preguntas, respuestas y declaraciones contenidas en este formulario, las cuales he completado de una manera veraz. Entiendo que cualquier omisión, o declaración incorrecta o incompleta relacionada con mi país de residencia puede causar que reclamaciones sean negadas y que la póliza sea modificada o rescindida por los medios legales pertinentes por Pan-American Life Ecuador Compañía de Seguros, S.A.

Firma del Asegurado Principal

Fecha

Enero 2020