

Si alguno de sus dependientes entre los 19 y los 24 años de edad es estudiante a tiempo completo, por favor llene un Certificado para Estudiante Dependiente para cada uno de ellos y proporcione evidencia de la acreditación de la universidad. Devuelva estos documentos con su pago de renovación para garantizar la cobertura de seguro.

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	No. de póliza
--------	----------	--------	---------	---------------

Yo,

Apellido	Nombre	Inicial
----------	--------	---------

 certifico que la información que aparece a continuación está completa y es verdadera a mi leal saber y entender. También certifico que mi hijo(a) dependiente mencionado(a) abajo no está casado(a). Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada.

También adjunto un certificado/affidávit de la universidad correspondiente como evidencia de la inscripción a tiempo completo.

Nombre del estudiante dependiente				Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año
	Apellido	Nombre	Inicial		

Nombre del colegio/universidad	
--------------------------------	--

Ciudad		Estado		País		Teléfono	
--------	--	--------	--	------	--	----------	--

Comienza en:	Día/Mes/Año	Y termina en:	Día/Mes/Año
--------------	-------------	---------------	-------------

Firma del asegurado principal	Fecha	Día/Mes/Año
-------------------------------	-------	-------------

PAN-CDEP-V22.01