BlueCross BlueShield Panama

ENDOSO PREMIUM

(Para Pólizas existentes)

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA. En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Contratante

Póliza N°

Asegurado Principal

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de Casada

Primer Nombre

Segundo Nombre

Nombre Usual

Cédula/Pasaporte

DV

Fecha de Nacimiento DD MM AA

Ocupación

Correo electrónico

Otro

Dirección Residencial

País

Provincia

Distrito/Corregimiento:

Urbanización

Calle

Edificio

Apto/Casa N°

Teléfono Residencial

Celular

Otro

CÁLCULO DE LA PRIMA (Según la frecuencia de pago)

Prima Actual	B/.
Prima Extra por Endoso 10%	B/.
Impuesto 5%	B/.
TOTAL	B/.

CUESTIONARIO MÉDICO

Estas preguntas están dirigidas al solicitante y a sus familiares. Estas declaraciones son importantes, ya que formarán parte de su contrato. Favor contestar todas las preguntas con exactitud.**CONTESTE SI o NO**, y cuando haya contestado SI, subraye la enfermedad padecida.

Según su leal saber y entender, alguna de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	Solicitante	Cónyuge	Hijos
1. ¿Transtornos Cardíacos, Presión Arterial, Diabetes, Cáncer, Problemas de los Riñones, Transtornos de los Pulmones, SIDA, VIH, Problemas de Circulación de la Sangre?			
2. ¿Ha estado hospitalizado o recibido tratamiento médico en los últimos (5) años?			
3. ¿Ha sufrido alguna enfermedad que no se haya mencionado anteriormente?			
4. ¿En la actualidad está bajo tratamiento médico o tomando medicamentos?			
5. ¿Tiene alguno de los solicitantes antecedentes de Enfermedad Congénita, Hereditaria o Adquirida?			
6. ¿Alguno de los solicitantes tiene antecedentes de haber nacido Prematuro?			

Pregunta Adicional para Mujeres:
¿Se encuentra usted actualmente embarazada? SI ____ NO ____ Semanas de Embarazo _____

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha

Nombre del Agente

Firma del Agente

Licencia

Suscrito y administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SENSIBLE