



Blue Cross and Blue Shield of Panamá

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE COBERTURA FUERA DE PANAMÁ

Póliza No. _____ PLAN No. _____ Certificado No. _____

Asegurado Principal: _____

Nombre del que viaja: _____

El que viaja es: Principal Cónyuge Hijo

Confeccionar carta en el Idioma: _____

| Motivo del Viaje | Tiempo de estadía |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Seminario ó Estudios | _____ Días |
| <input type="checkbox"/> Vacaciones | _____ Meses |

Fecha exacta que va a salir de Panamá: _____

Fecha exacta que va a regresar a Panamá: _____

Si va de estudios, indique nombre completo de la Universidad, Escuela, etc.:

(FAVOR ENVIAR COPIA DE CARTA DE ACEPTACIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIO y/o RECIBO DE MATRÍCULA)

Dirección mientras se encuentre fuera de Panamá:

País: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Número de teléfono de un familiar que resida en Panamá: _____

Nombre del Familiar: _____ Parentesco: _____

Firma

Fecha

NOMBRE DEL CORREDOR:

***Nota:** Esta solicitud esta sujeta a la aprobación por parte de la Compañía, de ser aceptada la Compañía expedirá el endoso de cobertura correspondiente.*