



Blue Cross and Blue Shield of Panama

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE COBERTURA FUERA DE PANAMÁ

Póliza No. _____

Asegurado Principal: _____

Nombre del que viaja: _____

El que viaja es: Principal Cónyuge Hijo

Confeccionar carta en el Idioma: _____

Motivo del Viaje

- Estudios
 Vacaciones
 Seminario

Tiempo de estadía

_____ Años
_____ Meses
_____ Días

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 DE SEGUROS: _____

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