



SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

Completar en LETRA IMPRENTA
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

DATOS DEL PROSPECTO ASEGURADO:

Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada

 Primer Nombre Segundo Nombre
 Cédula / Pasaporte: Fecha Nac.: Edad Sexo: M F
DD MM AAAA
 Extranjero: No Sí País de Origen: País de Residencia:
 Nacionalidad(es): Años de Residencia en Panamá:
 Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Separado Unido Viudo Estatura: mts. pulg. Peso: lbs. kgs.
 Deportes o Actividades que Practica:
 Empresa donde Trabaja: No. Empleado:
 Actividad Económica de la Empresa:
 Fecha Inicio Empleo: Ocupación: Otras Ocupaciones:
DD MM AA
 Profesión: Funciones:
 Provincia: Distrito / Corregimiento:
 Urbanización: Calle: Edificio:
 E-mail Oficina: Teléfono Oficina:
 Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:
 País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

INFORMACIÓN PERSONAL / RESIDENCIAL:

Provincia: Distrito / Corregimiento:
 Urbanización: Calle: Edificio:
 Apto. /Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:
 E-mail Personal: Apartado Postal: Zona:

DATOS DE LOS DEPENDIENTES: (SOLO SI APLICAN PARA EL SEGURO)

Parentesco	Nombre de los dependientes que ingresan en la Póliza	Cédula / Pasaporte	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento			Edad	Estatura		Peso	
				Día	Mes	Año		<input type="checkbox"/> mts. <input type="checkbox"/> pulg.	<input type="checkbox"/> lbs. <input type="checkbox"/> kgs.		
Cónyuge											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											
Hijo/a											

Alguno de los solicitantes reside o estudia en el extranjero? No Sí Nombre:
 Indique el País: Estado: Universidad:
 Si dejó de incluir a algún familiar asegurable, indique el nombre y el motivo:

DATOS ADICIONALES DEL CÓNYUGE: (SOLO SI APLICAN PARA EL SEGURO)

Extranjero: No Sí País de Origen: Años de Residencia en Panamá:
 Deportes o Actividades que Practica:
 Empresa donde Trabaja: Años en el Empleo:
 Ocupación: Profesión: Celular:
 Funciones:
 Provincia: Distrito / Corregimiento:

CUESTIONARIO DE SALUD

Según su leal saber y entender, **MARQUE SÍ o NO**, si algunas de las personas incluidas en esta solicitud ha tenido alguna vez o se le ha informado de haber tenido o si ha sido tratada (subraye la frase pertinente) por alguna de las siguientes condiciones:

	PROSPECTO		CONY.		HIJOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1- Problemas cerebrovasculares, migrañas o dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Epilepsia, convulsiones, ataque o desmayo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Problemas en los oídos o mala audición, vista o visión defectuosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Problemas del sistema respiratorio, tuberculosis, asma, enfisema o fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Problemas del corazón (cardiovascular), circulatorio, dolores en el pecho, presión arterial (alta o baja), angina, flebitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Problemas del sistema digestivo: estómago, esófago, intestino delgado/grueso, hígado, vesícula, páncreas, hepatitis A, B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Problemas en los riñones, vejiga, cálculos renales o sangre en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Problemas en columna vertebral, dolores de espalda, esclerosis múltiple o hernia discal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Cáncer, tumor, leucemia, problemas en la sangre, diabetes, anemia falciforme o hemorragias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Enfermedades de las articulaciones, lupus eritematoso, hinchazón, artritis o reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Trastorno mental, ansiedad, depresión, trastorno de déficit atencional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Alteración de la Glándula Tiroides: Bocio, Nódulos, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- Alguna enfermedad, lesión, o malformación congénita, hereditaria o adquirida al nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Enfermedades Infecciosas, toxoplasmosis, meningitis, herpes, dengue, SIDA o de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Ha habido alguna enfermedad, lesión o padecimiento en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Existe alguna enfermedad, padecimiento, accidente, desorden fisiológico o discapacidad que no se hayan mencionado en las preguntas anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Es alguno de los solicitantes fumador? En caso afirmativo: Cuántos años tiene que fuma? _____ Cuántos cigarrillos se fuma al día? _____ Utiliza otro producto que contenga Nicotina? Cuál?: _____ Con que frecuencia? _____ En caso de negativo: Alguno de los solicitantes fumó alguna vez? En caso afirmativo: Quien? _____ Cuando? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Consume algún tipo de droga o bebida alcohólica? En caso afirmativo: especificar el tipo y la frecuencia: _____ Por causas de drogas o alcohol, ha sido sancionado y/o recibido tratamiento? Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos doce meses? Cuántas libras? <input type="text"/> Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- Sufre de algún tipo de alergia? Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Se ha sometido a algún tipo de cirugía y/o hospitalización anteriormente? Cuántas? <input type="text"/> Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica, procedimiento médico o tratamiento en el futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Ha sufrido de trastornos de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Favor listar medicamentos que utiliza cualquiera de los solicitantes en forma regular o si se encuentra bajo tratamiento médico Detallar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Tiene usted o sus familiares otro seguro de hospitalización o tiene pendiente alguna solicitud de rehabilitación en otra compañía? Compañía: _____ No. Póliza: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Le han rechazado, pospuesto o modificado a usted o sus familiares una Solicitud o póliza de Salud, Vida o Accidentes Personales en esta u otra compañía? Nombre: _____ Compañía: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Ha sido condenado por alguna violación a la ley? En caso afirmativo, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Participa o planea participar en carreras de automóviles o motocicletas, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado? en caso afirmativo, adjuntar el cuestionario de Deportes y Actividades Peligrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Tiene licencia de Piloto? Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas? En caso afirmativo, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Tiene alguno de los solicitantes antecedentes familiares de cáncer, diabetes, enfermedades del corazón e hipertensión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solicitante	Familiar Afectado	Enfermedad	Edad de Manifestación	Estado Actual

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES: (Solicitante Principal o Cónyuge)

31- Sufre de algún trastorno o enfermedades ginecológicas? Sí No 32- Está usted Embarazada? Sí No

33- Nombre de su Ginecólogo: Última Visita: /
Resultado Papanicolau Grado o Tipo

34- Se le ha hecho algún examen de ultrasonido, mamografía o pruebas especiales? Sí No
Resultados: Fecha:

PREGUNTAS ADICIONALES PARA NIÑOS:

36- Nombre del Pediatra:

37- Fecha de su Última Visita:

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES:

35- Ha tenido alteraciones en la próstata, varicocele u órganos reproductivos? o resultado de PSA (Antígeno Prostático Específico) elevado? Sí No

Médico: _____ Lugar de atención: _____

SI HA CONTESTADO SÍ ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Número de Pregunta	Nombre del Solicitante Principal y/o Dependiente	Fecha Última Atención	Enfermedad	Médico Tratante u Hospital	Condición Actual Confirmar si fue operado
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

CONTRATANTE: Completar sólo si es diferente al prospecto. Adjuntar copia de Cédula

PERSONA JURÍDICA:

Nombre Razón Social - Adjuntar formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL:

Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nacimiento: Edad Sexo: M F

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. / Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Apartado Postal: Zona:

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:

País(es) donde Tributa por sus Ingresos: _____, _____, _____

RESPONSABLE DEL PAGO: Completar sólo si es diferente al Prospecto y/o contratante. Adjuntar copia de Cédula

PERSONA JURÍDICA:

Nombre Razón Social - Adjuntar formulario Único Sujeto Regulado y documentos requeridos

PERSONA NATURAL:

Primer Apellido Segundo Apellido Apellido de Casada Nombre

Cédula / Pasaporte: Fecha Nac.: Edad Sexo: M F

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

Apto. / Casa No.: Teléfono Residencial: Celular:

E-mail Personal: Apartado Postal: Zona:

Extranjero: Sí No País de Origen: Años de Residencia en Panamá:

Empresa donde Trabaja: No. Empleado:

Actividad Económica de la Empresa:

Fecha Inicio Empleo: Ocupación: Otras Ocupaciones:

Profesión: Funciones:

Provincia: Distrito / Corregimiento:

Urbanización: Calle: Edificio:

E-mail Oficina: Teléfono Oficina:

Ingreso Anual Aproximado - Ocupación Actual B/.: Ingreso Anual Aproximado - Otras Ocupaciones B/.:

PLAN ESCOGIDO: Tipo de Póliza: Individual Colectiva Póliza No.: Plan:

MEDIRED: PLAN

Para PMI III y Ultimate adjuntar Anexo A

PLAN MÉDICO INTERNACIONAL: PLAN

ENDOSO PREMIUM Sí No

XTREME CARE: PLAN

DEDUCIBLE B/.:

FORMA DE PAGO:

- Tarjeta de Crédito
 Descuento Bancario por ACH
 (Adjuntar Formulario)
 Voluntario / Corredor
 Empresa

FRECUENCIA DE PAGO:

- Mensual
 Semestral
 Trimestral
 Anual

PRIMA: Según la Frecuencia de Pago

Prima	B/.
Impuesto 5%	B/.
TOTAL	B/.

¿El total de las primas anuales que Usted Prospecto, Contratante o Responsable de Pago paga, son iguales o superan los B/. 10,000.00?: Sí No

Si su respuesta es afirmativa, para el Prospecto, Contratante o Responsable de Pago, adjunte el formulario único de sujeto regulado que aplique.

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TARJETA DE CRÉDITO: Adjuntar fotocopia de cédula y tarjeta de crédito legible (frente) del pagador.

Pagador: Prospecto Contratante Responsable de Pago

Banco: Tipo: Visa Master Card AMEX

N° de tarjeta: Vencimiento: / A partir de: / Día de cargo:

Acepto que de variar la prima se ajustará el descuento. Esta autorización permanecerá vigente y sólo podrá ser cancelada por mí, mediante notificación escrita a Cía. Internacional de Seguros, S.A. la cual se hará efectiva una vez la Cía. Internacional de Seguros haya recibido la nueva forma de pago de conducto automático. De igual forma notificaré el cambio de vencimiento de la tarjeta con quince días de anticipación en cada renovación de la misma.

Firma del Tarjetahabiente

Cédula

Fecha

AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO DE RECLAMO: Datos bancarios del Prospecto o Contratante (Persona Natural)

Reembolso: Prospecto Contratante (caso de prospectos menores de edad).

Banco: Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente

Nombre de la Cuenta: N° de Cuenta: (No colocar guiones)

Confirmando que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene la autorización respectiva del prospecto o el de la póliza y del banco para autorizar que sea acreditada. En consideración de este servicio, convengo además que si cualquiera de tales órdenes de pago fuera desatendida por EL BANCO, sin causa o inadvertidamente, LA EMPRESA no tendrá responsabilidad alguna. Esta autorización permanecerá vigente hasta que: 1. LA EMPRESA reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona (s) para el manejo de la cuenta, 2. La cuenta sea cerrada y/o 3. La póliza o certificado sea cancelado.

DECLARACIÓN: En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluidas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falseado o reticencia de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

TÉRMINO Y CONDICIONES DE ESTA SOLICITUD: El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha en que la Compañía aprueba la solicitud respectiva. La compañía dispondrá de 30 días a partir de la fecha de recibo de la Solicitud para estudiar y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo el Prospecto no recibe aviso de rechazo de su solicitud, deberá considerarla como aceptada por la Compañía, excepto en los casos que la Compañía esté en espera de: alguna prueba médica, información sobre el estado de la salud del Solicitante o alguno de sus dependientes, firma endoso, etc. Si la Compañía rehúsa aceptar la solicitud y no emitir la póliza, no contraerá ningún compromiso en virtud de tal solicitud. En tal caso, la Compañía reintegrará al Solicitante la suma pagada en concepto de pago inicial a dicha solicitud.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: En pleno conocimiento de la Ley No.68 de 20 de noviembre de 2003 de la Ley No. 40 de 14 de agosto de 2018 y demás normas afines, manifiesto y autorizo de forma voluntaria, libre, espontánea e irrevocable por la presente a cualquier médico, médico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnóstico, Caja de Seguro Social, Hospital Santo Tomás, Ministerio de Salud y cualquier otra facilidad médica o medicamento relacionada, ya sea privada o gubernamental, que posee licencia como tal, compañía de seguros o tenedores de pólizas de seguros de grupo, asegurador o empleador, buró de información médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos en el seguro, sea en la República de Panamá o en el extranjero a dar dicha información a la Compañía de Seguros y a sus Reaseguradores, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesiones que tengan en su poder; por lo que renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquier proveedor médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocirme en lo sucesivo a revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido incluso después de mi fallecimiento sin consecuencias para estos ni para la aseguradora a quienes desde la firma de esta solicitud relevo de toda responsabilidad por el hecho de haber suministrado o recabado la información que las anteriores personas y entidades suministren. Adicionalmente, autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma, para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos, pre-autorizaciones e historial clínico, así como a la compañía de seguros para disponer de la información y compartirla con otros proveedores de la salud que considere conveniente para la evaluación del caso.

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS: Personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como los jefes de Estados o de un gobierno, los políticos de alto perfil, los funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, los altos ejecutivos de empresas o corporaciones estatales, los funcionarios públicos que ocupen cargos de elección popular, entre otros que ejerzan la toma de decisiones en las entidades públicas; personas que cumplen o a quienes se les han confiado funciones importantes por una organización internacional, como los miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la junta directiva o funciones equivalentes.

¿Es el Prospecto una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

¿Es el Contratante una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

¿Es el Responsable de pago una persona políticamente expuesta? Sí No Cargo actual o anterior:

* Declaro que la información contenida en esta Solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos sobre los cuales se han hecho preguntar y que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales y que los recursos utilizados para el pago de los seguros en mención, provienen de las siguientes fuentes.

Firma del Prospecto
/ /

Fecha

Firma del Contratante
/ /

Fecha

Firma del Responsable de Pago
/ /

Fecha

Adjuntar cédula, pasaporte o documento equivalente.

INFORMACIÓN DEL CORREDOR: Certifico que la información contenida en esta solicitud ha sido contestada según mi leal saber y entender, por lo que no se está proporcionando información falsa, alterada o incompleta.

1- Conoce Usted al Prospecto? Sí No Tiempo: _____ 2- Le consta que su cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

3- Conoce algún hecho o contradicción con las respuestas del Prospecto o Dependiente: _____

4- Se le han rechazado, diferido modificado o recargado alguna vez algún seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud al Prospecto y/o sus dependientes? En caso afirmativo especificar: _____

Nombre o Razón Social:
Completar Letra Imprenta

Teléfono:

E-mail: _____

Firma del Corredor: _____ Número de Licencia: _____ / /
Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Evaluación: Aprobado Declinado Recargo %: _____ Motivo _____

Condiciones Pre-existentes: Temporal Permanente Duración Desde: Hasta:
DD MM AA DD MM AA

Exclusiones: _____

Nombre y apellido del suscriptor Firma / /
Fecha

Aprobación Alta Gerencia:

Nombre Firma / /
Fecha

EVALUACIÓN MÉDICA:

Médico: _____
Nombre Firma / /
Fecha

OBSERVACIONES:

SELLO DE PAGO

SELLO DE RECIBIDO



Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatarío Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panamá.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá