



# Blue Cross and Blue Shield of Panama

## ENDOSO PREMIUM (Para Pólizas existentes)

Favor llenar **LETRA IMPRENTA**  
En caso de no estar completa, su solicitud no será procesada.

### DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_

#### Asegurado Principal

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Usual \_\_\_\_\_

Cédula/Pasaporte: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DV : \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### Dirección Residencial:

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Distrito/ Corregimiento: \_\_\_\_\_

Urbanización: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Apto/Casa No. \_\_\_\_\_

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/.
<b>TOTAL</b>	<b>B/.</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. <u>¿Trastornos Cardíacos, Presión Arterial, Diabetes, Cáncer, Problemas de los Riñones, trastornos de los Pulmones, Sida, HIV, Problemas de Circulación o de la Sangre?</u>	_____	_____	_____
2. <u>¿Ha estado hospitalizado o recibido tratamiento médico en los últimos (5) años?</u>	_____	_____	_____
3. <u>¿Ha sufrido alguna enfermedad que no se haya mencionado anteriormente?</u>	_____	_____	_____
4. <u>¿En la actualidad está bajo tratamiento médico o tomando medicamentos?</u>	_____	_____	_____
5. <u>¿Tiene alguno de los solicitantes antecedentes de Enfermedad Congénita, Hereditaria o Adquirida?</u>	_____	_____	_____
6. <u>¿Alguno de los solicitantes tiene antecedentes de haber nacido Prematuro?</u>	_____	_____	_____

#### Pregunta adicional para Mujeres:

¿Se encuentra Usted actualmente Embarazada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Semanas de Embarazo \_\_\_\_\_

#### SI HA CONTESTADO SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS, SUMINISTRE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

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

#### 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 presente endoso y forme parte integral de la Póliza. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiere hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL y/o CONTRATANTE \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CORREDOR: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

#### PARA USO DE LA COMPAÑÍA:

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Declinado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA