BlueCross BlueShield Panama

ANEXO A - PLAN MÉDICO INTERNACIONAL
BENEFICIO ADICIONAL DEL SEGURO DE VIDA

Favor llenar este formulario completamente en LETRA IMPRENTA y adjúntelo a la Solicitud de Seguro de Salud

No. de Solicitud y/o Póliza ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

1. Nombre del Asegurado Principal _____

Beneficiarios	Parentesco	%

Beneficiario Contingente: _____

2. Nombre del Cónyuge _____

Beneficiarios	Parentesco	%

Beneficiario Contingente: _____

3. Seguros de los Hijos:

El beneficiario de cualquier hijo asegurado, será el asegurado principal ó en su defecto el cónyugue; siempre y cuando este último fuese padre o madre del asegurado.

Beneficiario Contingente de los hijos: _____

Si uno de los beneficiarios no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios principales en partes iguales. Sólo en el evento de que ningún beneficiario principal viviera, quisiera o pudiera recibir la suma asegurada podrá él(los) beneficiario(s) contingente(s), en los porcentajes arriba señalados (de existir), recibir el pago. Si uno de los beneficiarios contingentes no viviera o no quisiera o no pudiera recibir su parte, ésta acrecentará la del otro u otros beneficiarios contingentes en partes iguales, salvo que el asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara.

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta Póliza será pagado a _____ con cédula de identidad personal N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, y en su defecto _____, con cédula de identidad personal N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de los dineros que reciba(n) de la Compañía, sin que por esta razón deba considerarse esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.

Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba designada(s) de(n) a la indemnización producto de la cobertura de vida contratada.

En caso de duda sobre a quién o quiénes debe efectuarse el pago, la Compañía se reserva el derecho de consignar el producto de la indemnización ante tribunal competente, a fin de que sea la autoridad judicial quien determine quién o quiénes deben recibirla quedando la Compañía relevada de sus obligaciones para cualesquiera beneficiarios que aleguen derecho sobre la indemnización, a partir del momento en que se efectúe la consignación judicial.

_____ 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