

# PODER LEGAL

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, actuando por mi mismo y a favor de los miembros de mi familia enumerados a continuación:

- 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Por este medio designo a \_\_\_\_\_ como negociador legal y verdadero para mi y para los miembros de mi familia, a su vez concedo y otorgo a dicho negociador con pleno poder de sustitución la facultad y autoridad para solicitar y contratar una póliza internacional de seguro de salud con cobertura para mi y para los miembros de mi familia mencionados anteriormente. Dicho negociador o su sustituto, puede hacer y realizar todos y cada acto, acciones que se requieran y sean necesarios, con relación a la solicitud y emisión de dicha póliza de seguro de salud, como si yo lo hiciera o pudiera hacerlo personalmente, ratificando y confirmando todo lo que dicho negociador pueda hacer o causar por virtud de este documento.

Los detalles concernientes a la persona o personas para el seguro se están declarando en la planilla adjunta referida como la planilla de solicitud, que puede constar de una o mas partes. Entiendo que dicho negociador usara la información contenida en las planillas mencionadas para tratar y obtener una póliza internacional de seguro de salud para todos los asegurados propuestos y por consiguiente, declaro que a lo mejor de mi conocimiento, toda la información proveída por mi es cierta y completa. Queda a la discreción de mi negociador, seleccionar al asegurador de fideicomiso de seguros, con cobertura sujeta a los términos y condiciones en la póliza según sea emitida. La póliza al ser emitida deberá contener como mínimo los siguientes términos:

Un deducible anual de :	US\$ _____
Beneficio máximo vitalicio :	US\$ _____
Prima Anual:	US\$ _____
Moneda de la póliza:	Dólares EUA

También tengo entendido que contare con 10 días después de la emisión de la póliza internacional de seguro de salud, como queda establecido en la planilla de solicitud que he entregado a dicho negociador, dentro de los cuales puede cancelarse dicha póliza y que después, dicha póliza será aceptada según haya sido emitida, para convertirse en un documento contractual.

Firmo esta autorización y Poder para dicho negociador o su sustituto, para solicitar y contratar una póliza internacional de salud en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

## **TRANSFERENCIA Y SUSTITUCION DE NEGOCIADOR DESIGNADO EN EL PODER**

Por este medio transfiero a Morgan-White Administrators International, Inc. como mi negociador sustituto, todos los derechos otorgados a mi mediante el Poder de los solicitantes de póliza internacionales de seguros de salud. Dicho sustituto, Morgan-White Administrators International, Inc., es por este medio facultado como mi sustituto para hacer y realizar cualquier acto y evento, tal como haría o pudiera hacer yo si estuviera personalmente presente, ratificando y confirmando todo lo que dicho negociador sustituto pueda legalmente hacer o causar como hecho por virtud de este documento.

Con fecha de este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Negociador con Poder