



MCS Life Insurance Company
P.O. Box 9023547
San Juan, P.R. 00902-3547
787.758.2500

Nombramiento de Representante

NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚMERO DE CONTRATO
-----------------------------	---------------------------

SECCIÓN 1: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Debe completarla el asegurado

Nombro a _____, para que se desempeñe como mi representante en relación con mi <Querrela o Apelación> como asegurado de MCS Life Insurance Company. Autorizo a que esta persona realice toda solicitud, presente u obtenga evidencia, obtenga información sobre Querellas y/o Apelaciones y reciba toda notificación relacionada con mi Querrela y/o Apelación, completamente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi Querrela y/o Apelación podría comunicarse al representante aquí indicado.

Firma del asegurado		Fecha
Dirección		Número de teléfono (incluir código de área)
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico (opcional)		

SECCIÓN 2: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Debe completarla el representante

Yo, _____, acepto por este medio el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido el desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy, en calidad de empleado corriente o pasado empleado de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del asegurado; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación por la Secretaría.

Yo soy el/la _____ del (de la) asegurado(a).

(Situación profesional o relación con la parte. Por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del Representante		Fecha
Dirección		Número de Teléfono (incluir código de área)
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico (opcional)		