

Formulario de Cambios



INTERNATIONAL
A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue, Suite 801
Coral Gables, FL 33134

Asegurado Principal

Apellidos	Primer nombre	Segundo nombre	Número de cliente
-----------	---------------	----------------	-------------------

Cambios

Cambio de Dirección a:			
<hr/> <hr/>			
Cambiar el Pago a:			Riders:
Anual	Semestral	Mensual	Si esta agregando una cobertura opcional a su póliza, por favor envíe la prima correspondiente con el pago de la renovación.
Por favor, utilice su Número de Cliente y Número de Certificado (recibió previamente al enviar de la solicitud) para entregar cambios de método de pago en el Portal de Pagos .			Rider de Maternidad Exceso de Cobertura
Pólizas de Salud – Cambio de Deducible:			Pólizas de Incapacidad – Cambio del monto de cobertura:
Si esta bajando el deducible, este cambio esta sujeto a aprobación del departamento de evaluación de riesgo, por favor adjuntar el cuestionario médico que aparece en la solicitud			Si esta aumentando la cobertura, este cambio esta sujeto a aprobación del departamento de evaluación de riesgo, por favor adjuntar el cuestionario médico que aparece en la solicitud
Deducible actual: _____			Cobertura actual: _____
Nuevo deducible seleccionado: _____			Nueva cobertura seleccionada: _____

Detalles adicionales:

Cancelación de Miembro(s)

Asegurado principal:
Cónyuge:
Dependiente(s):

Nota: Todos los cambios establecidos en este formulario (con excepción de las cancelaciones), solo pueden ser efectuados en la fecha de aniversario de la póliza. Por favor dirigirlo al departamento de renovaciones.

Firma del asegurado principal _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año