

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/>	
Cambio de modo de pago a:	Riders:
Semestral Anual Trimestral/Cargos Automáticos <i>(Por favor complete la autorización de pago con tarjeta de crédito)</i> Mensual/Cargos Automáticos <i>(Por favor complete la autorización de pago con tarjeta de crédito)</i>	Si esta agregando una cobertura opcional a su póliza, por favor envíe la prima correspondiente con el pago de la renovación. Rider de Maternidad Gastos de Servicios Funerarios Exceso de Cobertura Trasplante de órgano <i>(Medic Care Individual Plus Plan)</i>
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 Deducible actual: _____ Nuevo deducible seleccionado: _____	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 Cobertura actual: _____ 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