



Fecha: _____

Morgan White Administrators International, Inc.
Miami, Florida

Re: Cambio de Póliza/Certificado

Esto confirma que yo/nosotros no estaré/estaremos renovando mi/nuestra actual Póliza/Certificado # _____ y voluntariamente he/hemos escogido reemplazar esta Póliza/Certificado aplicando a un nuevo plan de salud internacional conocido como: _____.

Al hacer este cambio yo/nosotros entiendo/entendemos lo siguiente:

- 1- Los beneficios, términos y condiciones de la antigua Póliza/Certificado cesarán en la fecha de vencimiento de la antigua póliza.
- 2- Los beneficios, términos y condiciones de la Póliza/Certificado reemplazante comenzaran en la fecha efectiva de la nueva Póliza/Certificado y yo y todos los miembros de mi familia bajo mi póliza/certificado seremos considerado(s) bajo esta póliza/certificado como un(os) nuevo(s) asegurado(s).
- 3- Todos los beneficios, términos y condiciones de la nueva póliza/certificado serán establecidos en los documentos de esta póliza y ninguna otra representación(es) me ha sido ofrecida en cuanto a los beneficios, términos y condiciones de la cobertura siendo obtenida.

(Nombre del Titular de la Póliza)

(Firma del Titular de la Póliza)

(Dirección del Titular de la Póliza)