



ENMIENDA PARA LEVANTAR PERIODO DE ESPERA

Fecha: _____

Para: Worldwide Medical Assurance, LTD CORP

Yo, _____, por medio de la presente enmienda declaro que he tenido cobertura de salud internacional en la compañía _____ bajo la póliza _____, encontrándose vigente desde _____ y pagada hasta _____.

La enmienda y la declaración arriba indicada serán consideradas como parte integrante de la solicitud y junto con ella constituirán la base del contrato de seguro, con sujeción a las representaciones y convenios expresados en dicha solicitud. Por este medio queda autorizada la compañía para modificar dicha solicitud a fin de que esté de acuerdo con la presente enmienda.

Firma del propuesto asegurado

Fecha

Firma del testigo (intermediario)