SOLICITUD DE BENEFICIOS EXTRAORDINARIOS

Completado por	Apellido	Inicial	Nombre		
Fecha		Fecha de recepción		Número de caso	

Nombre del asegurado			
Número de póliza		País de residencia	
Deducible anual		Deducible alcanzado	
Producto		Código del agente	
Solicitado por		☐ Asegurado ☐ Agente	
Nombre del agente general		Código	
Número de reclamación (si corresponde)			
Últimos 5 años de prima		Reclamaciones de póliza pagadas (todas)	
Fecha efectiva/Fecha de inicio de la cobertura			

Cantidad solicitada en US$	

Razón del rechazo (por favor, marque todas las que correspondan)

☐ UCR ☐ Reclamación presentada después de 180 días ☐ Exclusión general ☐ Exclusión de la póliza individual

☐ Condición de la póliza ☐ Fuera de la red de proveedores

☐ Otra:

Información o comentarios adicionales

Fecha de revisión		Firma	
Decisión			

ENVIAR

18001 Old Cutler Road, Suite 500, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500 , +1 (800) 321 5187 • Fax +1 (305) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa • bupa@bupalatinamerica.com