SOLICITUD PARA REVISIÓN DE EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

Para ser completada por el asegurado principal
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Número de póliza			

Asegurado a quien aplica la exclusión y/o limitación

Apellido	Nombre	Inicial

Texto de la exclusión y/o limitación sometida para revisión

Fecha de las últimas tres (3) consultas por la limitación y/o condición médica excluida

DD / MM / AA	DD / MM / AA	DD / MM / AA

Describa la condición médica actual del asegurado a quien aplica la limitación y/o condición excluida e incluya la información médica más recientemente actualizada (pruebas de laboratorios y exámenes médicos).

Nombre del hospital	Dirección	Teléfono

2. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

3. FIRMA

Para los fines pertinentes, declaro que la persona a quien aplica la exclusión y/o limitación se ha mantenido libre de signos y/o síntomas de la condición que originó la exclusión y/o limitación desde _____, y que dicha persona no ha requerido ningún tratamiento médico. Estoy dispuesto a proporcionar a Bupa la evidencia médica que sea necesaria para la revisión de esta exclusión y/o limitación.

Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA

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