

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
-------------------------------	-------	--------------

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini, Santo Domingo, República Dominicana
Tel.: (809) 955 2555

bdominicana@bupalatinamerica.com
www.bupasalud.com