

SOLICITUD PARA REVISIÓN DE EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

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



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

Describe 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 Panamá, S. A. la evidencia médica que sea necesaria para la revisión de esta exclusión y/o limitación.

Firma del Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA
-------------------------------	--	-------	--------------

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda • Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupasalud.com/MiBupa