

## SOLICITUD PARA REVISIÓN DE EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

### Información del Asegurado principal

Nombre y Apellidos completos

Número de póliza

Asegurado a quien aplica la exclusión y/o limitación

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

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

### Información del médico tratante

Nombre y Apellidos completos

Dirección

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

### 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 Loyal Insurance Services la evidencia médica que sea necesaria para la revisión de esta exclusión y/o limitación.

Firma del asegurado Principal

Fecha