

SOLICITUD PARA REVISION DE EXCLUSIONES Y/O LIMITACIONES

(Para ser completado por el asegurado principal)



MORGANWHITE
ADMINISTRATORS
INTERNATIONAL, INC.

1. INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Apellido:	Nombre:	I:	No. de Póliza:
-----------	---------	----	----------------

2. ASEGURADO A QUIEN APLICA LA EXCLUSION Y/O LIMITACION:

Apellido:	Nombre:	I.
-----------	---------	----

Número y Texto de la exclusión y/o limitación sometida para revisión (según indica el certificado de cobertura): _____

Fecha de las tres(3) ultimas consultas por la limitación y/o condición medica excluida:

_____/_____/_____
Día Mes Año

_____/_____/_____
Día Mes Año

_____/_____/_____
Día Mes Año

Por favor describa la condición médica actual del asegurado a quien aplica la limitación y/o condición excluida: _____

3. INFORMACION DEL MEDICO TRATANTE

Apellido:	Nombre:	I.	Teléfono:
-----------	---------	----	-----------

Dirección: _____

Para los fines pertinentes, declaro que la persona a quien pertenece la exclusión y/o limitación, se ha mantenido libre de signos y/o síntomas de la condición que origino la exclusión y/o limitación desde ____/____/_____, y que dicha persona no ha requerido ningún tratamiento medico.
Día Mes Año

Estoy dispuesto a proporcionar la evidencia médica que sea necesaria para la revisión de esta exclusión y/o limitación.

Firma del Asegurado Principal : _____

Fecha: ____/____/_____
Día Mes Año