

# SOLICITUD PARA REVISIÓN DE RESTRICCIÓN

Para ser completado por el asegurado principal  
(POR FAVOR, EN LETRA DE IMPRENTA)



## 1 Información del Asegurado Principal

Nombre: _____ <small>Apellidos</small> <small>Nombres</small>	Número de Póliza: _____
Asegurado a quien aplica la exclusión: _____ <small>Apellidos</small> <small>Nombres</small>	
Texto de la exclusión sometida para revisión: _____ _____ _____	
Fecha de las últimas tres (3) consultas por la condición médica excluida: _____/_____/_____ <small>Mes</small> <small>Día</small> <small>Año</small> <small>Mes</small> <small>Día</small> <small>Año</small> <small>Mes</small> <small>Día</small> <small>Año</small>	
Por favor describa la condición médica actual del asegurado a quien aplica la condición excluida: _____ _____	

## 2 Información del Médico Tratante

Nombre: _____ <small>Apellidos</small> <small>Nombres</small>	Teléfono: (_____) _____ - _____
Dirección: _____ _____	

## 3 Firma

Para los fines pertinentes, declaro que la persona a quien aplica la exclusión se ha mantenido libre de signos y/o síntomas de la condición que originó la exclusión desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, y que dicha persona no ha requerido ningún tratamiento médico.  
Mes Día Año

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Principal

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año