

Formulario de Solicitud de Apelación para Solicitantes

Puede utilizar este formulario para apelar una decisión sobre la cobertura, o bien, puede solicitar una apelación siguiendo el procedimiento de apelación descrito en los documentos de su póliza.

COMPLETE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del asegurado:	Nombre del solicitante (paciente):
Dirección postal (incluya dirección, ciudad, estado, país y código postal):	Póliza/Certificado n.º:
	Teléfono principal:
	Teléfono laboral:
	País de origen:
Representante autorizado*:	Dirección de correo electrónico:
Servicio o reclamo que fue denegado:	Fecha del servicio dd/mm/año
Nombre del proveedor:	Reclamo(s)
Explique su apelación y la resolución esperada. (Puede adjuntar páginas adicionales si necesita más espacio). ADJUNTE CUALQUIER DOCUMENTO O EXPEDIENTE MÉDICO QUE CREA QUE RESPALDE SU APELACIÓN.	

Firma del miembro (o representante)

Fecha

Vínculo con el miembro (si es el representante)

IMPORTANTE: Si no completa y envía este formulario en línea a través del [Portal para miembros](#), debe enviar el formulario completo a la siguiente dirección postal o dirección de correo electrónico para la resolución de su solicitud.

Envíe un correo postal a:

Apelaciones de WorldTrips
PO Box 241778
Apple Valley, MN 55124
EE. UU.

O

Envíe un correo electrónico a:

appeals@worldtrips.com

**Si solicita que un tercero maneje su apelación en su nombre, complete un formulario de "Formulario de autorización para el uso o divulgación de información médica protegida". Puede completar y enviar el formulario en línea a través de la página de Reclamos y Apelaciones en el [Portal para Miembros](#) O BIEN, puede visitar <http://worldtrips.com/downloads> para descargar un PDF del formulario.*