

Autorización de uso y divulgación de privacidad e información de reclamaciones

Complete este formulario si desea autorizar a Seven Corners discutir Información de salud protegida con la persona que usted elija.

Llamar para ayuda

800-335-0611 (sin costo)
or 317-575-2652 (mundial)
or 317-818-2809 (por cobrar)

Correo Electronico

claims@sevencorners.com

(los archivos adjuntos de correo no pueden tener más de 10 MB.)

Fax

317-575-2256

Nombre del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Numero de Certificado

Numero de Certificado (Escriba "TODOS" si desea que esta autorizacion aplique a todos los certificados bajo cual esta asegurado.)» Su Numero de Certificado se encuentra en la tarjeta de ID. Si no lo puede localizar, comuniquese con Seven Corners.

Nombre de la persona que autoriza tratar su información médica protegida con Seven Corners

Relación al Asegurado

Opcional,

- La persona nombrada puede corregir o hacer cambios a la póliza bajo la cual estoy asegurado.

Fecha Efectiva: Esta autorización entra en vigencia en la fecha en que la reciba Seven Corners.

Fecha de Expiración

(Si no se proporciona una fecha de expiracion, esta autorización se expirará 1 año despues de la fecha de su firma.)

Nuestros registros son confidenciales y no se pueden divulgar sin su autorización escrita, excepto cuando la ley lo permita. Si ha autorizado a Seven Corners a divulgar su información, esa información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o entidad que la recibe y luego ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Su firma a continuación afirma que está de acuerdo con los términos de divulgación y uso anteriores para la información médica personal y otra información privada.

Firma para personas mayores de 18 años *

Fecha

* Si usted es el representante legal de una persona mayor de 18 años, firme en este espacio y adjunte evidencia de dicha representación.

Firma del padre o tutor para personas menores de 18 años

Fecha

Nombre impreso

Relación