

Combined Life Insurance Company of New York • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
 Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6940 • my.combinedinsurance.com

Nombre del Titular de Póliza	Número(s) de Póliza	Número(s) de Reclamo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El fin de esta Autorización es permitir que mis contactos adicionales me brinden asistencia con la cobertura del seguro, los reclamos de seguro, los beneficios o los servicios dentro de cualquier plan, póliza o programa patrocinado por u ofrecido a través de mi empleador, y cualquier reclamo por beneficios, quejas o apelaciones de reclamos.

Autorizo a las siguientes personas o compañías a recibir mi información sobre coberturas y reclamos y mi información personal y de salud protegida (deben tener 18 años o más).

Contacto Adicional	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	Correo electrónico
Mi cónyuge o pareja de hecho					
Mis padres (si tiene más de 18 años)					
Mi hijo adulto (o hijos)					
Otros					

Le he pedido ayuda a mi Representante de Combined Life Insurance Company of New York.

Doy mi autorización para que COMBINED INSURANCE COMPANY OF NEW YORK y la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company (“Combined”) divulgue o comparta la siguiente información con mis contactos adicionales en mi nombre:

Toda la información de cobertura y reclamos y la información personal y protegida de salud que haya sido obtenida por Combined o que se encuentre en su posesión.
 Esto no incluye información de salud confidencial, a menos que se autorice a continuación.

O

Solo se puede divulgar información limitada (marque las casillas de la información que se puede divulgar).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información sobre Pólizas y Beneficios | <input type="checkbox"/> Naturaleza de la Pérdida o las Afecciones Médicas |
| <input type="checkbox"/> Información de Facturación de la Prima | <input type="checkbox"/> Registros Médicos |

También autorizo a Combined a divulgar los siguientes tipos de información de salud confidencial (marque las casillas de la información que se puede divulgar):

Toda la información de salud confidencial

O

Solo la información de salud confidencial sobre los temas que se indican a continuación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas) | <input type="checkbox"/> Resultados de la prueba del VIH/SIDA o el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Registros de consumo de drogas, alcohol o sustancias | <input type="checkbox"/> Registros médicos (menos las notas de psicoterapia) |

Revisión y Aprobación de la Autorización

He leído el contenido de este Formulario de Autorización. Entiendo, acepto y permito que Combined obtenga, utilice y divulgue mi información a mis contactos adicionales, según lo establecido o según lo exija la ley aplicable. Esta información se puede entregar a mi contacto adicional por escrito o por teléfono. Entiendo, además, que la firma de este formulario es completamente voluntaria. Entiendo que Combined no exige que firme este formulario para poder recibir tratamiento o el pago de los reclamos, para poder inscribirme ni para ser elegible para recibir beneficios.

El fin de esta Autorización es permitir que mis contactos adicionales me brinden asistencia con la cobertura del seguro, los reclamos del seguro, los beneficios o los servicios dentro de cualquier plan, póliza o programa patrocinado por u ofrecido a través de mi empleador, y cualquier reclamo por beneficios, quejas o apelaciones de reclamos. Entiendo que mi contacto adicional podría compartir la información que reciba y esta ya no estaría protegida por las regulaciones estatales y federales de privacidad.

Esta Autorización es válida por veinticuatro (24) meses o por el período de tiempo permitido por la ley. Combined no condicionará el pago de los beneficios del seguro a la autorización de divulgación descrita en esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK y la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"), Departamento de Reclamos, PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700.

Entiendo que retirar esta autorización no afectará ninguna acción que Combined haya tomado anteriormente. También entiendo que la información divulgada puede ser compartida por la persona o el grupo que la reciba, y ya no estará protegida por las regulaciones estatales y federales de privacidad, incluida, entre otros, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA"). Si esto sucede, es posible que ya no esté protegida bajo la Regla de Privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a obtener una copia de este formulario de autorización. Una copia fotográfica o electrónica de esta autorización es tan válida como el documento original.

Firma del Titular de la Póliza o el Representante Legal Designado/Tutor Fecha de la Firma / /
MM/DD/AAAA

Representante Legal Designado/Tutor

Complete esta sección solo si tiene documentación que apoye la Representación Legal

En caso de que este formulario sea firmado por una persona distinta al titular de la póliza o al padre/madre, como un representante personal, un representante legal o un tutor en nombre del titular de la póliza, envíe una copia de un Poder Notarial Duradero, general o de atención médica, o una orden judicial u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del titular de la póliza.

Representante Legal (nombre completo en letra de imprenta) Relación Legal con el Titular de la Póliza
 Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal del Representante Legal Número de Teléfono del Representante Legal
 Firma Fecha de la Firma / /
MM/DD/AAAA

Envíe el formulario completado a:

Correo: Combined Life Insurance Company of New York, Claim Department, P.O. Box 6700, Scranton, PA 18505-0700 Fax: 312-351-6940

Presentación de reclamos existentes a través del portal de autoservicio en línea: my.combinedinsurance.com

Asegúrese de conservar una copia de este formulario a modo de registro.
 Para los destinatarios de información sobre trastornos por consumo de sustancias: la información compartida con usted se obtuvo de registros protegidos por las reglas Federales de Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Tratamiento por Abuso de Alcohol o Drogas (Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR]). Las reglas federales le prohíben seguir divulgando esta información, a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida en el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este fin. Las reglas Federales restringen el uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a un paciente con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias.