

Combined Insurance Company of America • Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700
Teléfono 1-800-225-4500 • Fax 312-351-6930 • my.combinedinsurance.com

Número de Reclamo o Póliza (si se conoce)

Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento

MM/DD/YYYY

Domicilio

Ciudad

Estado

Código Postal

Esto autorizará a COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA y a la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"), PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700, a obtener la información médica necesaria con el fin de evaluar el reclamo de seguro. Esta información podrá incluir información de cualquier Base de Datos de Medicamentos Recetados, todos los proveedores de atención médica, empleadores, agencias de informes de consumidores, cualquier otra compañía de seguros, o el "MIB" (Oficina de Información Médica), que fuera relevante para la pérdida o para la condición evaluada. Además, autorizo a Combined a basarse en esta autorización durante dos años, o según lo permita la ley, para divulgar información sobre mí con el fin de procesar los reclamos de seguro, incluida la asistencia con el regreso al trabajo.

La información a ser divulgada puede incluir, entre otros, lo siguiente:

Antecedentes de las Enfermedades Actuales
Informes Objetivos
Notas Diarias del Médico
Informes de Rayos X

Informes de Asesores
Informes de Patología
Historia Clínica
Análisis de Sangre/Toxicología

Informe de Alta
Resultados de Laboratorio
Admisiones Previas

La información se necesita para los siguientes fines: evaluación y procesamiento de mi reclamo de seguro.

Entiendo que la información divulgada en esta autorización también puede incluir información respecto al tratamiento de enfermedades físicas y mentales, VIH, abuso de alcohol/drogas o historia clínica.

Entiendo que ante el cumplimiento de los objetivos antes mencionados, este consentimiento caducará veinticuatro (24) meses después de la fecha de la firma sin necesidad de revocación expresa. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento y, para hacerlo, debo presentar una revocación por escrito a COMBINED INSURANCE COMPANY OF AMERICA y a la compañía afiliada ACE Property & Casualty Insurance Company ("Combined"). Entiendo que la revocación no se aplica a mi empresa de seguros cuando la ley proporcione a mi asegurador el derecho a refutar un reclamo bajo mi póliza/certificado o a evaluar la solicitud de cobertura del seguro.

Las leyes federales y estatales protegen la información divulgada de acuerdo a lo establecido en esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información podría volver a divulgarse y es posible que, en tal caso, la información no esté protegida por las normas de confidencialidad federales. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden depender de la autorización de la persona.

Firma del Reclamante

Fecha

MM/DD/YYYY

Firma de Padre/Madre o Tutor

La Relación con el Paciente está Firmada por el Tutor

Si la firma es proporcionada por el Representante Legal, adjunte documentación del estado legal.