



Solicitud de nombramiento de un representante personal

Lea las instrucciones en la pág. 3 antes de completar este formulario. SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Se necesita un formulario por separado para cada miembro en la póliza o cobertura, según sea necesario. Escriba en letra de molde legible, o a máquina, excepto donde se necesita la firma.

Para pedir un representante personal, complete la información de abajo, firme en el espacio que se da y devuélvalo a: US Health and Life Insurance Company ("USHL"), 800 Tower Drive, Suite 300 Troy MI, 48098, o Fax: (586) 693-4321

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (marque si la solicitud es para el Suscriptor o el Dependiente)

Nombre (Suscriptor Dependiente): _____

N.º de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono _____
MM DD AAAA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo, _____, por este medio nombro a _____ para que se
(suscriptor/miembro) *(representante personal)*

le designe como mi representante personal. Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones de USHL y sus asociados comerciales respecto a mi información privada. También entiendo que la información privada de salud mental o abuso de sustancias puede ser revelada si he usado tales servicios.

Período para la representación: Del: ____/____/____ Al: ____/____/____
MM DD AAAA MM DD AAAA

NOTA: Si no se da un período de tiempo, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el miembro o su representante legal avise a USHL por escrito, pidiendo un cambio.

SECCIÓN B: PROPÓSITO DE LA REPRESENTACIÓN: (elija una opción)

Solo consultas de la cuenta (Autoridad limitada): Esto significa que USHL tiene permitido revelar información privada a la persona seleccionada. Esta persona tendría acceso a la información (seleccione todas las opciones que correspondan):

reclamos inscripción primas apelaciones

Consentimiento de salud mental/trastorno por consumo de sustancias: Marque esta casilla si, además de la "Autoridad limitada" de arriba, también quiere que su representante personal designado tenga acceso a su información de salud mental y abuso de sustancias.

Actuar en nombre del miembro y consultas de la cuenta (Autoridad total): USHL no solo puede revelar información privada a la persona seleccionada, sino que esta persona podrá actuar en nombre del miembro en todas las transacciones, como reclamos, inscripción, apelaciones, etcétera. Por ese motivo, SOLO se debe elegir esta opción si el miembro está seguro de que quiere liberar todos los privilegios y derechos de la cuenta (generalmente, solo en circunstancias de incapacidad o incompetencia (adultos), o en representación de un niño; habitualmente, no para la representación de cónyuge a cónyuge). Si el suscriptor o el representante personal quiere que la información se envíe a otra dirección, llame a Servicio al Cliente al número que está en la tarjeta de identificación.

Consentimiento de salud mental/trastorno por consumo de sustancias: Marque esta casilla si, además de la "Autoridad total" de arriba, también quiere que su representante personal designado tenga acceso a su información de salud mental y abuso de sustancias.

Solo autoridad para apelar: Esto significa que USHL solo permitirá que el representante personal actúe en nombre del miembro en el caso de una apelación específica.

Dé la información sobre la apelación:

Número de reclamo: _____ Fecha del servicio: _____ Proveedor: _____

Cualquier otra información que pueda ayudar a identificar lo que está apelando. _____

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL: (obligatoria para fines de verificación de la privacidad)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Últimos 4 dígitos de su N.º del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Relación con el miembro: _____

NOTA: Si el representante tiene una orden del tribunal o tiene otra designación legal (ejemplos: poder notarial, testamento en vida, albacea o administrador de sucesiones), debe adjuntar/incluir una copia de los documentos oficiales si aún no los ha dado. Si es un representante legal documentado, puede hacer esta Solicitud y firmar este formulario de abajo en nombre del miembro.

Marque aquí si quiere que su respuesta a esta solicitud se envíe por correo electrónico. Dirección de correo electrónico:

Firma del miembro Solicitante: _____ Fecha: ____/____/____
(marque si es el miembro u otro solicitante) MM DD AAAA

Nombre en letra de molde: _____

INSTRUCCIONES

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

(NOTA: Este formulario no debe usarse para el cambio de dirección de un miembro. Para el cambio de dirección de un miembro, comuníquese con Servicio al Cliente o a Inscripción)

Instrucciones generales: Se deben completar todos los campos, a menos que se indique lo contrario.

Este formulario debe completarse cuando un miembro quiere nombrar a una persona como su representante personal de HIPAA con respecto a las comunicaciones con USHL o quiere extender la autoridad de un representante personal ya existente. Este formulario no está destinado para usarlo para designar cónyuges o padres en la cobertura como representantes personales. Los cónyuges y padres en la cobertura se tratan automáticamente como representantes personales con autoridad limitada del otro cónyuge y otros dependientes en la cobertura. Sin embargo, es necesario completar este formulario cuando el representante personal propuesto (cónyuge o padre) quiera convertirse en el representante personal del miembro con plena autoridad.

Todos los documentos legales que se exigen pasarán por un proceso de validación con USHL. Se necesita un formulario de solicitud y documentación por separado para cada miembro para la cobertura, según corresponda, incluso si autoriza al mismo representante personal.

Sección A: Información del miembro

Esta sección pide información relacionada con el miembro para la que se pide un representante personal. Debido a que esta información se usa tanto con fines de identificación como de verificación, la información incluida en esta sección debe coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor en los sistemas de USHL. Tenga en cuenta que este formulario puede ser denegado si la información en el formulario no coincide con la información en nuestros sistemas.

Sección B: Propósito de la representación

Los miembros pueden asignar uno de los dos niveles de autoridad disponibles a su representante personal: autoridad limitada y autoridad total. Para cada nivel de autoridad, también hay otras opciones disponibles.

Autoridad limitada (solo para consultas de la cuenta): Si selecciona esta opción, su representante personal puede hacer consultas sobre su cuenta y USHL puede revelar su información privada a esa persona, como reclamos, inscripción, primas y apelaciones, lo que elija. Su representante personal no podrá hacer cambios en su póliza. USHL revelará información de salud mental o abuso de sustancias bajo esta opción solo si el miembro hace esta selección en el formulario.

Autoridad total (actuar en nombre del miembro y consultas de la cuenta): Si selecciona esta opción, su representante personal tendrá toda la autoridad que usted tiene actualmente sobre la cuenta. Es decir, su representante personal no solo podrá hacer consultas sobre su información privada, sino que también podrá hacer y pedir cambios y actualización de su cuenta, incluyendo la cancelación de su póliza.

USHL no revelará información sobre salud mental ni abuso de sustancias a los representantes personales, a menos que el miembro o su representante legal seleccione esa opción en el formulario.

Solo autoridad para apelar: Esto significa que USHL solo permitirá que el representante personal actúe en nombre del miembro en el caso de una apelación específica. Se debe completar toda la información que se pide.

Sección C: Información del representante personal

USHL usará la información solicitada con fines de identificación y verificación. Se pedirá que el representante personal revele esta información durante una llamada telefónica si este quiere recibir información privada sobre el miembro.

1. *Período de la representación:* Si no se escribe una fecha de terminación, la solicitud permanecerá vigente hasta que el miembro/representante legal notifique el cambio a USHL por escrito. Formato: (MM/DD/AAAA).

Nota: El nombramiento entrará en vigor en la fecha en que USHL procese y apruebe el formulario.

Envíe por correo este formulario a:

US Health and Life, Attn: Customer Service
800 Tower Drive
Suite 300
Troy, MI 48098

O envíelo por fax al: (586) 693-4321