

# Combined Life Insurance Company of New York

Claim Department • P.O. Box 6700 • Scranton, PA 18505-0700 • Teléfono 1-800-951-6206 • Fax 312-351-6930

## AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN

Número de reclamo o póliza: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Internado \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Dado de alta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esto autorizará a COMBINED LIFE INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, PO BOX 6700, Scranton, PA, 18505-0700 a obtener la información médica necesaria para evaluar mi reclamo de seguro. La información que se obtendrá incluirá información de cualquier base de datos de medicamentos recetados, todos los proveedores de atención médica, el empleador, la agencia de informes del consumidor, cualquier otra compañía de seguros o la Oficina de información médica (MIB, por sus siglas en inglés), que sea relevante a mi pérdida o condición evaluada. Además, autorizo a Combined a confiar en esta autorización durante dos años, o según lo permita la ley, a divulgar información sobre mí con el fin de procesar mis reclamos de seguro, incluyendo asistencia para regresar al trabajo.

La información a ser divulgada puede incluir, pero no se limita a:

Historial de enfermedades actuales	Informe del especialista	Resumen del alta
Informes operativos	Informes patológicos	Resultados de laboratorio
Notas diarias del médico	Historial médico previo	Admisiones previas
Informes de radiografías	Sangre/toxicología	

La información es necesaria para los siguientes propósitos: Evaluación y proceso de mi reclamo de seguro

Entiendo que la información divulgada por esta autorización también puede incluir información sobre el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, VIH, abuso de alcohol/ drogas e historial médico anterior.

Entiendo que una vez cumplidos los propósitos mencionados anteriormente, este consentimiento vencerá (24) meses después de la fecha de la firma sin ninguna revocación expresa. Entiendo y tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y para hacerlo, debo presentar una revocación por escrito a Combined Life Insurance Company of New York. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza/certificado o evaluar mi solicitud de seguro para la cobertura.

Las leyes federales y estatales protegen la información divulgada conforme a esta autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación y que la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios puede no estar condicionados a obtener la autorización de la persona.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del reclamante)

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Debe ser completado)

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente si es firmado por el tutor legal)

Una fotocopia de esta autorización puede ser tratada de la misma manera que un original.