Aptia Insurance Services Group LLC

PO Box 9033 Brentwood, NY 11717
Aptia365.BenefitCenter@Aptia-Group.com

Formulario de representante autorizado – HIPAA

Este formulario sirve para documentar la designación de uno o más representantes autorizados para un participante. Este formulario autoriza la revelación de información médica o COBRA a los representantes nombrados. Esta autorización no da a sus representantes autorizados ninguna autoridad, ya sea implícita o directa, sobre ninguna decisión de atención directa o acceso a la administración de la cuenta, incluyendo la información de inicio de sesión de la cuenta en línea. Si quiere establecer un poder notarial o testamento vital, hable de ello con su abogado. No condicionaremos los pagos de beneficios, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la ejecución de este formulario. *=Campos obligatorios

Paso 1: Información del participante

***Nombre del empleador o empleador que patrocina los beneficios (no abrevie)**

***Fecha de nacimiento del empleado**

***Nombre del participante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**

***Número de identificación del empleado o últimos 4 dígitos del número de seguro social**

Paso 2: Información del representante autorizado

Complete la información solicitada de abajo para las personas que quiere agregar o eliminar como representantes autorizados. Marque la casilla junto al nombre de cada persona para agregar o eliminar su autorización para esa persona. **Nota:** Se agregará autorización para las personas indicadas abajo si no selecciona una opción para agregar o eliminar la autorización.

☐ **Agregar autorización** ☐ **Eliminar autorización**

***Nombre del representante autorizado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**

☐ **Agregar autorización** ☐ **Eliminar autorización**

***Nombre del representante autorizado (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**

Paso 3: Explicación y revocación y uso y revelación autorizados

Entiendo que debido a las reglamentaciones de la HIPAA, Aptia Insurance Services Group LLC no revelará mi información médica personal a terceros sin mi autorización por escrito o según lo permita o requiera la ley. Por este motivo, les autorizo a discutir y revelar mi información médica personal a las personas nombradas arriba con el propósito de ayudar o facilitar la coordinación o el pago de mis beneficios de salud. También entiendo que si mi representante autorizado no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables, mi información médica personal puede ya no estar protegida por esas leyes de privacidad y mi representante autorizado puede revelar aún más mi información médica personal sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

Entiendo que tengo el derecho de revocar o finalizar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si no quiero que las personas nombradas en el Paso 2 sigan siendo mis representantes autorizados, debo revocar esta autorización notificando por escrito mi decisión a Aptia Insurance Services Group LLC. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que ustedes ya hayan tomado ni ninguna información que ya hayan revelado con base en esta autorización antes de recibir mi solicitud de revocarla.

Además, entiendo que esta autorización terminará a los tres años de la fecha de la firma de abajo.

***Firma del participante**

***Fecha**

☐ **Personal** ☐ **Padre del menor** ☐ **Tutor** ☐ **Otro representante autorizado (explique)**

Nota: Se podrá requerir prueba de autorización legal.

Paso 4: Elija el método de entrega

Correo: Imprima y complete el Formulario de Representante Autorizado – HIPAA y envíelo por correo a: Aptia Insurance Services Group LLC PO Box 9033 Brentwood, NY 11717.

Correo electrónico: Complete todos los campos obligatorios en el documento, haga clic en el botón Enviar de abajo para generar un correo electrónico que contenga el documento completo y luego envíe el mensaje.

Enviar