

## Solicitud de nombramiento de representante personal legal para un asegurado

Utilice este formulario para dejar que otra persona maneje sus necesidades de salud, lo que incluye permitir el acceso completo a su información personal de salud, cambios en su cobertura de salud, así como también recibir su correo de salud médica. Lea las instrucciones de la PÁGINA 2 antes de completar este formulario. **DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS.**

Se requiere un formulario separado para cada asegurado que se encuentre en la póliza. Escriba de forma legible, excepto donde se solicita la firma. Este formulario se aplica a todos los productos emitidos de Braven Health.

Complete la información de abajo, firme en el espacio designado y devuélvalo a: Braven Health, Attn: HIPAA Team, P.O. Box 1458, Newark, New Jersey 07101-1458 o por fax al 973-274-2358.

### Información del asegurado

Nombre ( Titular de la póliza  Dependiente): \_\_\_\_\_

N.º de identificación del titular de la póliza: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Dirección (en el archivo): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
(asegurado) (representante personal legal)

como mi representante personal legal ya que se relaciona con las comunicaciones entre Braven Health y sus asociados comerciales respecto a mi información privada. También entiendo que se puede divulgar información privada sobre abuso de sustancias y/o salud mental, si he utilizado dichos servicios.

### Documentación de autoridad legal para actuar en nombre del asegurado

(debe presentar al menos uno de los documentos que se indican abajo)

- **Poder legal para atención médica, orden judicial, tutela o custodia**
- **Declaración de representación para atención médica** (un documento que permite legalmente que otra persona actúe en su nombre para tomar decisiones de atención médica)
- **Ejecutor o administrador de bienes de un asegurado fallecido**
- **Otro: describa la naturaleza de su autoridad legal para tomar decisiones respecto a la atención médica del asegurado**

Adjunte al formulario los documentos apropiados.

### Información del representante personal legal (requerida con fines de verificación de privacidad)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  No revelado

Últimos 4 dígitos del N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**AVISO:** Toda la correspondencia futura como la Explicación de beneficios (EOB, en inglés), la información de pago, etc. se enviará al representante personal legal pero se seguirá emitiendo bajo el nombre del asegurado.

**Período de tiempo para la representación:** Del: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Al: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA MM DD AAAA

**AVISO:** Si no se provee un período de tiempo, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el asegurado o su representante personal legal le notifique por escrito a Braven Health solicitando un cambio o hasta la fecha de vencimiento que se indica en el documento legal adjunto.

Marque aquí si quiere que su respuesta a esta solicitud se le envíe a través de correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del  Asegurado  Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(marque si es el asegurado u otro solicitante) MM DD AAAA

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

### DOCUMENTACIÓN DEL ESTADO DEL REPRESENTANTE PERSONAL LEGAL PARA UN ASEGURADO

**(AVISO: Este formulario no se puede utilizar para el cambio de dirección del asegurado.  
Para cambiar la dirección del asegurado, comuníquese con Servicio al Cliente)**

**Instrucciones generales: Es obligatorio que se llenen todos los espacios a menos que se especifique de otra manera.**

Use este formulario si quiere autorizar a otra persona como su representante personal legal respecto a las interacciones con Braven Health. Se pretende que este formulario se use solamente para documentar a una persona que tenga el derecho legal de actuar en su nombre y se debe adjuntar la documentación legal de respaldo. Todos los documentos legales requeridos pasarán por un proceso de validación por parte de la Oficina de Privacidad de Braven Health o su persona designada. Para cada asegurado en la cobertura, se requiere documentación y un formulario de solicitud separado, incluso si se está autorizando al mismo representante.

#### **Sección de información del asegurado:**

En esta sección se solicita información relacionada con el asegurado para quien se está solicitando un representante personal legal. Debido a que esta información se usa con fines tanto de identificación como de verificación, la información incluida en esta sección debe coincidir con la información más actualizada del asegurado/titular de la póliza que Braven Health tenga en el archivo. Tenga en cuenta que este formulario se puede rechazar si la información que contiene el formulario no coincide con la información que está en nuestros registros.

#### **Sección de documentación de autoridad legal para actuar en nombre del asegurado:**

Esta sección se debe completar para indicar la fuente de autoridad del representante personal legal para actuar en nombre del asegurado.

#### **Sección de información de representante personal legal:**

Braven Health usará la información solicitada en esa sección con fines de verificación e identificación. Durante una llamada telefónica se le solicitará al representante personal legal que verifique esta información si quiere recibir su información personal de salud.

#### **Período de tiempo de la representación:**

Si no se provee un período de tiempo, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el asegurado o su representante personal legal le notifique por escrito a Braven Health solicitando un cambio o hasta la fecha de vencimiento que se indica en el documento legal adjunto.

**Aviso:** El nombramiento estará vigente en la fecha que Braven Health procese y apruebe el formulario.

---

#### **Envíe este formulario por correo postal a:**

Braven Health  
Attn: HIPAA Appeals Unit  
PO Box 1458  
Newark, NJ 07101-1458

**O por fax al:** (973) 274-2358