

## Formulario de Seven Corners

### Autorización De Uso Y Divulgación de Información de Privacidad y Reclamos

Este formulario nos permitirá analizar la información médica protegida con la persona que elija. Complete el formulario para que esta persona pueda realizar cambios en su plan y hablar con nosotros sobre su política.

<b>Nombre del Asegurado:</b>			
<b>Certificado #:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Nombre del Tutor o Representante Legal del Asegurado:</b>			
<input type="checkbox"/> Toda la información personal de salud puede ser utilizada o divulgada, y la persona nombrada a continuación puede corregir o cambiar la póliza y la información asociada con la póliza.			
<input type="checkbox"/> Toda la información personal de salud puede ser utilizada o divulgada			
<input type="checkbox"/> Solo se puede usar o divulgar información personal de salud o privacidad escrita en el cuadro →			
<b>Divulgue la información personal de salud indicada anteriormente a:</b>	<b>Persona / organización:</b>		
	<b>Dirección:</b>		
	<b>Relación:</b>		
<b>Fecha de vencimiento:</b> <i>(si no se proporciona una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá 12 meses después de la fecha de firma a continuación).</i>			

#### Riesgo de la Divulgación:

La persona u organización indicada anteriormente puede proporcionar información divulgada bajo esta autorización a otros. La privacidad de esta información puede no estar protegida por las regulaciones de privacidad en tales situaciones. Seven Corners no asume responsabilidad por el uso de esta información por parte de dicha persona u organización.

Su firma a continuación afirma que acepta los términos de divulgación anteriores para la información de salud personal especificada. Conserve una copia de este documento para sus registros. *\*Esta autorización es efectiva una vez recibida por Seven Corners.*

<b>Firma del Asegurado (Tutor / Representante legal)</b>	<b>Fecha</b>

Devuelva el formulario completo y firmado a Seven Corners:

**Dirección de envío:**

Seven Corners  
303 Congressional Boulevard  
Carmel, IN 46032 USA

**Correo electrónico:**

claims@sevencorners.com

**Fax**

1-317-575-2256

**Derecho a rescindir o revocar la autorización:**

Puede revocar o cancelar esta autorización presentando una revocación por escrito (A la atención de: Oficial de privacidad) a Seven Corners, Inc. utilizando la información de contacto anterior.