

Autorização de uso e divulgação de privacidade e informações de reclamações

Preencha este formulário se desejar autorizar a Seven Corners a discutir Informações Protegidas de Saúde com uma pessoa de sua escolha.

Email

claims@sevencorners.com

(Os anexos de e-mail não podem ter mais de 10 MB.)

Fax

317-575-2256

Nome do Segurado**Data de nascimento****Número do Certificado**

Número do certificado (escreva "TODOS" se desejar que esta autorização se aplique a todos os certificados sob os quais você está segurado.) » O número do seu certificado será mostrado no seu cartão de identificação. Se você não conseguir encontrar o número do seu certificado, ligue para Seven Corners.

**Nome da pessoa que você autorizou a Seven
Corners a discutir informações de saúde protegidas****Relacionamento com o segurado****Opcional,**

- O Indivíduo nomeado pode corrigir ou fazer alterações na apólice sob a qual estou segurado.

Data de Vigência: Esta autorização entra em vigor na data de recebimento pela Seven Corners.

Data de Vencimento

(Si se nenhuma data de validade for fornecida, esta
autorização expirará 1 ano após a data de assinatura.)

Seus registros são confidenciais e não podem ser divulgados sem sua autorização por escrito, exceto quando permitido de outra forma por lei. Se você autorizou a Seven Corners a divulgar informações, essas informações podem estar sujeitas a nova divulgação pela pessoa ou entidade que as recebe e, então, não estariam mais protegidas por regulamentos federais de privacidade. Sua assinatura abaixo afirma que você concorda com os termos acima de divulgação e uso de informações pessoais de saúde e outras informações privadas

Assinatura para pessoas com 18 anos ou mais***Data**

*Se você for o representante legal de uma pessoa com 18 anos ou mais, assine neste espaço e anexe a prova dessa representação.

Assinatura dos pais ou responsável para menores de 18 anos**Data****Nome Impresso****Relação**