



Autorización para divulgar información personal

Envíe el formulario completo por correo electrónico a:

ParticipantServices@BenefitResource.com

O envíe el formulario completo por correo a:

Benefit Resource LLC, PO BOX 642, Willow Grove, PA 19090

Conserve una copia de este formulario completo para sus registros personales.

DEBE LEER ESTO DETENIDAMENTE. Al completar y firmar este formulario, usted otorga a Benefit Resource, LLC. y a Inspira Financial Solution (BRI) permiso para divulgar su información personal a otra persona u organización*. Deberá indicar el nombre del Representante Autorizado a continuación. Su información personal está relacionada con su cuenta en BRI. Puede incluir, entre otras cosas: Información sobre reclamaciones (nombre del proveedor; si necesita justificar una reclamación; importe; etc.); reembolsos que la cuenta ha pagado; explicación del pago (EOP); cartas de solicitud de recibo; primas que usted paga; nombre de la compañía de seguros; estado del acceso web; estado de la tarjeta de débito; información de la cuenta bancaria; y consultas generales sobre el plan.

- Es posible que las normas federales de privacidad que protegen su información personal no se apliquen a su representante autorizado. Esto significa que su Representante Autorizado podría compartir su información con terceros.
- Esta autorización finaliza doce meses después de la fecha en que finalice su elegibilidad para los beneficios, según lo informado por su Plan. Pero puede finalizar esta autorización antes. Puede utilizar este formulario para notificarnos por escrito. Esto es importante porque no podemos cancelar una autorización por teléfono. Si cancela con antelación, esto no afectará a ninguna de las medidas tomadas antes de que recibamos su solicitud por escrito.
- Esta solicitud es voluntaria. No afecta a su elegibilidad para recibir prestaciones, al tratamiento que reciba, a su inscripción ni al pago de sus reclamaciones. Su plan no puede pedirle que firme este formulario por ningún motivo.
- *No utilice este formulario para permitir que sus proveedores presenten información o documentación de facturación, reclamaciones o Explicaciones de Beneficios (EOB). No necesitan tu autorización firmada para enviar esa información a BRI.

Instrucciones

1. Para autorizar la divulgación de información personal, complete las secciones A, B, C y E de este formulario. Devuélvalo a BRI.

2. Para revocar o cancelar una autorización, complete las secciones A, B y D de este formulario. Devuélvalo a BRI.

Nota: No podemos tramitar este formulario si no está cumplimentado y firmado. Es posible que también necesitemos documentación adicional para procesar este formulario.

Sección A – Información para los miembros *(Esta es la persona cuya información será divulgada).*

EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NECESITARÁ TENER TODA ESTA INFORMACIÓN AL CONTACTAR CON BRI.

Nombre del miembro *(Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)*

Identificación del miembro

O Número de seguro social *(Solo los últimos cuatro dígitos)*

XXX - XX -

DIRECCIÓN

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador *(Empleador anterior si se trata de COBRA o Cuenta de Jubilado)*

Teléfono diurno

() -

Sección B – Información del Representante Autorizado *(Esta es la persona u organización que usted autoriza para recibir información de los miembros).*

CADA MIEMBRO DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Nombre del Representante Autorizado o de la organización

En la mayoría de los casos, no es necesario adjuntar ningún documento adicional a este formulario. Asegúrese de que el miembro lo firme. Esto es necesario para que la autorización entre en vigor. Existen dos situaciones en las que se necesitan documentos adicionales:

- 1. Si el miembro ha fallecido:** Debe enviar la documentación que acredite la sucesión testamentaria o similar, así como el certificado de defunción. BRI no puede hablar sobre la cuenta del miembro fallecido con nadie sin esta documentación. BRI no puede basarse en un poder notarial duradero, una directiva anticipada, un documento de tutela o curatela después del fallecimiento del miembro. Esos poderes ya no son válidos.
- 2. Si el miembro está incapacitado:** Si el representante legal del miembro firmó este formulario, entonces debe enviar a BRI documentación que verifique la condición del representante legal. La documentación legal incluye un poder notarial duradero, así como documentos de tutela o curatela.

Sección C – Información que se divulgará al representante autorizado *(Seleccione solo uno.)*

- ☒ **Otorgar acceso completo a la cuenta** – Esto otorga al Representante Autorizado el mismo acceso que al Miembro. Permite al Representante Autorizado recibir toda la información de la cuenta, presentar reclamaciones y la documentación necesaria, y realizar cambios en la cuenta. Esto incluye restablecer el nombre de usuario y la contraseña web; solicitar tarjetas de débito y cambiar la información de la cuenta.
- ☒ **Acceso limitado a la cuenta de Grant** – Esta información solo está disponible por teléfono. No permitirá que el Representante Autorizado realice o autorice cambios en la cuenta. Y no permitirá que el Representante Autorizado solicite o reciba ningún documento de cuenta específico del miembro.

Sección D – Solicitud de revocación/cancelación

Complete este formulario únicamente cuando solicite a BRI que revoque o cancele una solicitud de autorización. Debes completar las secciones A, B y D. Hasta que BRI reciba y procese su solicitud de cancelación, el Representante Autorizado seguirá teniendo el acceso que usted le otorgó previamente.

Deseo revocar/cancelar el acceso a la cuenta de (Nombre del representante autorizado).

Nombre del miembro

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

Sección E – Firma del miembro o firma del representante legal

Solicito y autorizo a BRI a divulgar mi información al Representante Autorizado mencionado anteriormente. Entiendo que esto puede incluir información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta autorización vence al final del período de doce meses posterior al final de mi cobertura. También entiendo que esta autorización estará vigente hasta entonces, a menos que envíe una solicitud por escrito para cancelarla. Entiendo que esta solicitud es voluntaria para mí. El plan no puede basar mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamaciones en esta autorización. También entiendo que, una vez que la información se divulgue al Representante Autorizado, las normas federales de privacidad que protegen mi información de salud podrían no aplicarse a dicho Representante Autorizado. Entiendo que esto significa que el Representante Autorizado podrá compartir esta información.

Nombre impreso

Firma *(Si el miembro firma, no se necesitan documentos adicionales).*

Fecha (MM/DD/AAAA)