

DESIGNACION DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Para reconocer a una persona distinta del solicitante como representante autorizado, el Fondo de Salud de los Trabajadores de Wisconsin (en adelante referido como el PLAN) debe recibir un formulario valido de Designación de Representante Autorizado, completado por el solicitante. El PLAN no condiciona la Elegibilidad, la inscripción, ni el pago de beneficios al recibir de la autorización.

Nombre del Solicitante (en letra impresa)

Numero de Seguro Social

Por la presente autorizo al PLAN y a todos los socios comerciales que actúen en su nombre a reconocer a la persona nombrada en este documento como mi representante para los fines descrito a continuación y a divulgar información de salud relevante a:

Nombre de la persona que lo representara (en letra impresa)

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Código de área y Número de Teléfono

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todos reclamos médicos | <input type="checkbox"/> Reclamo específico Medico, Dental o de Vista |
| <input type="checkbox"/> Todos reclamos dentales | Proveedor: _____ |
| <input type="checkbox"/> Todos reclamos de vista | Fecha de Servicio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Todos reclamos de pérdida de tiempo (Discapacidad) | <input type="checkbox"/> Reclamo específico por perdida de tiempo (Discapacidad): |
| <input type="checkbox"/> Reclamos por beneficios por Fallecimiento | Fechas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones de la Cuenta de Gastos Flexibles (HRA) | |
| <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Pago de Beneficios | |
| <input type="checkbox"/> Otro (se lo mas específico posible): _____ | |

Solicito que se envíen copias de todas las comunicaciones relevantes (explicación de beneficios, cartas, etc.) a mi representante autorizado mientras esta designación este vigente.

Entiendo que esta Autorización no garantiza que la persona a la que autorizo a recibir la información medica sobre mi trate dicha información de forma confidencial. Entiendo que puedo revocar esta Autorización es válida por un año a partir de la fecha que se firma a continuación, a menos de que se indique aquí, _____, o tras la recepción por parte del PLAN de un formulario de Cancelación de Autorización.

Firma del Solicitante

Fecha

Se enviará una copia de este formulario de autorización a su representante designado a la dirección indicada anteriormente.