



Prudential

Seguro grupal por incapacidad

The Prudential Insurance Company of America
Disability Management Services
P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176
Tel: 800-842-1718 Fax: 877-889-4885
www.prudential.com/mybenefits

Autorización para el seguro grupal por incapacidad

1

Información del reclamante

Nombre

ISN

Apellido

Número de reclamación

Número del Seguro Social
(últimos 4 dígitos)

Número de teléfono del empleado

Fecha de nacimiento: (mm/aaaa)

Número de control

2

Autorización para divulgar información a The Prudential Insurance Company

Esta autorización está destinada a cumplir con la regla de privacidad de la HIPAA.

Autorizo e instruyo a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, profesional médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de proceso de información, depósito de datos u otra organización que recopile y mantenga información farmacológica, MIB, Inc. (anteriormente conocida como Medical Information Bureau), institución médica u otro proveedor de atención médica o compañía o productor de seguros que haya proporcionado tratamiento, pagos o servicios a mí o en mi nombre ("mis proveedores") a divulgar mi registro médico completo y cualquier otra información relacionada conmigo o mi salud mental o física a The Prudential Insurance Company of America (Prudential) y sus agentes, empleados y representantes. Esto incluye información sobre el diagnóstico o tratamiento de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedades de transmisión sexual. Esto también incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco, pero excluye las notas de psicoterapia.

Autorizo a cualquier compañía de seguros, empleador, Administración del Seguro Social o a otra persona o institución a suministrar cualquier información, datos o registros relacionados con mi Seguro Social, Compensación a los trabajadores, crédito, finanzas, ganancias, actividades o historial de empleo a Prudential.

Con los fines de esta autorización, reconozco que cualquier acuerdo que haya realizado con mis proveedores que restrinja la divulgación de mi información de salud protegida, tal como se describe arriba, no se aplica a esta autorización e instruyo a mis proveedores a liberar y divulgar mi registro médico completo sin restricciones, lo que incluye toda restricción sobre los artículos o servicios de atención médica que yo haya pagado en su totalidad de mi bolsillo a un proveedor de atención médica.





Seguro grupal por incapacidad

The Prudential Insurance Company of America
Disability Management Services
P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176
Tel: 800-842-1718 Fax: 877-889-4885
www.prudential.com/mybenefits

Autorización para el seguro grupal por incapacidad

Nombre	ISN	Apellido	Número de reclamación

2 Autorización para divulgar información a The Prudential Insurance Company

Esta autorización está destinada a cumplir con la regla de privacidad de la HIPAA. (Continuada)

Esta información se deberá divulgar bajo esta autorización para que Prudential pueda: 1) administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de cobertura y provisión de beneficios, 2) obtener reaseguro, 3) administrar la cobertura y 4) llevar a cabo otras actividades legales aprobadas que se relacionen con cualquier cobertura o beneficio que yo tenga o haya solicitado a Prudential.

Esta autorización permanecerá vigente durante 24 meses después de la fecha de mi firma al pie, mientras la cobertura esté vigente, excepto en la medida en que la ley del estado imponga una duración menor. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud escrita de revocación a Prudential a la dirección: P.O. Box 13480, Philadelphia, PA 19176. Entiendo que una revocación no tendrá vigencia en la medida en que cualquiera de mis proveedores o Prudential se haya valido de esta autorización o en la medida en que Prudential tenga derecho legal a impugnar una reclamación bajo cualquier póliza de seguro o a impugnar la póliza propiamente dicha. Entiendo que toda la información divulgada conforme a esta autorización puede volverse a divulgar y ya no está protegida por la regla de privacidad de la HIPAA que rige la privacidad y confidencialidad de la información sanitaria.

Entiendo que si me niego a firmar esta autorización a divulgar todo el registro médico, es posible que Prudential no pueda procesar mi reclamación de beneficios y no esté en condiciones de efectuar ningún pago de beneficios. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Autorización para divulgar información a The Prudential Insurance Company

Fecha (MM/DD/AAAA)

Firma del empleado (indique la relación si la firma no es del reclamante)

