

Solicitud para cancelar los servicios de un representante personal legal nombrado o un representante personal limitado

Lea las instrucciones de la página 2 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS. Se requiere un formulario separado para cada asegurado que se encuentre en la póliza, como corresponda. Escriba toda la información de forma legible, excepto donde se solicita la firma.

Para solicitar la cancelación de los servicios de un representante personal legal o un representante personal limitado que fue designado para usted, complete la información de abajo, firme en el espacio que se provee y devuélvalo a: Braven Health, Attn: HIPAA Team, P.O. Box 1458, Newark, New Jersey 07101-1458 o por fax al 973-274-2358.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre (Titular de la póliza Dependiente): _____

N.º de identificación del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de teléfono: ____ - ____ - ____
MM DD AAAA

Dirección: (en el archivo) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo, _____, por este medio deseo cancelar los servicios de
(nombre del asegurado – escriba en letra de molde)

representación legal o limitada de _____, mi representante
(Nombre del representante personal legal o representante personal limitado – escriba en letra de molde)

personal legal o representante personal limitado.

Entiendo que esta solicitud se aplica a comunicaciones de parte de Braven Health y sus Asociados Comerciales respecto a mi información privada, pero **no** finalizará las comunicaciones de contrato de parte de Braven Health (y sus Asociados Comerciales) con el titular de la póliza de mi cobertura.

Fecha efectiva para la terminación de la representación personal: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

AVISO IMPORTANTE: La fecha indicada arriba **no puede** ser una fecha anterior a la fecha en que se complete este formulario. Si no se proporciona una fecha, o se elige una fecha que sea anterior a la fecha en que Braven Health reciba este formulario, Braven Health considerará que la fecha de vigencia solicitada sea la fecha en que Braven Health procese este formulario. Además, a pesar de la fecha que se indicó arriba, la representación legal o personal limitada permanecerá vigente hasta que Braven Health haya aprobado, procesado completamente e implementado esta solicitud, lo cual puede no ocurrir hasta después de la fecha de entrada en vigor solicitada.

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL LEGAL NOMBRADO O REPRESENTANTE PERSONAL LIMITADO CUYOS SERVICIOS FINALIZARÁN

(solicitado para fines de verificación de privacidad)

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Últimos 4 dígitos del N.º del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: ____ - ____ - ____ Relación con el asegurado: _____

Razón de la cancelación de los servicios: _____

AVISO: Si el representante personal es ordenado por un tribunal o es su representante personal mediante otra designación legal (ejemplos: poder legal para atención médica, testamento en vida, ejecutor o administrador de bienes de la sucesión testamentaria), usted debe incluir una explicación (consulte la última línea de arriba) o adjuntar/incluir una copia de los documentos oficiales que cancelan o anulan su representación personal legal, si todavía no se han proporcionado. Si usted es un representante legal documentado, puede hacer esta solicitud y firmar este formulario abajo en nombre del asegurado.

Marque aquí si quiere que su respuesta a esta solicitud se le envíe a través de correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del Asegurado Solicitante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(marque si es el asegurado u otro solicitante) MM DD AAAA

Nombre en letra de molde: _____

INSTRUCCIONES

SOLICITUD PARA CANCELAR LOS SERVICIOS DE UN REPRESENTANTE PERSONAL LEGAL NOMBRADO O REPRESENTANTE PERSONAL LIMITADO

Instrucciones generales: Es obligatorio que se llenen todos los espacios a menos que se especifique de otra manera.

Este formulario se debe completar cuando un asegurado desee cancelar los servicios de un representante personal legal nombrado o representante personal limitado.

Todos los documentos legales requeridos pasarán por un proceso de validación por parte de Braven Health. Si usted es un representante personal limitado o legal documentado, puede hacer esta solicitud y firmar este formulario en la sección de abajo en nombre del asegurado.

AVISO: Para cada asegurado en la cobertura se requiere documentación y un formulario separado, como corresponda, incluso si se están cancelando los servicios del mismo representante personal limitado o legal.

Sección A: Información del asegurado

En esta sección se solicita información relacionada con el asegurado que solicita la terminación de los servicios de su representante personal legal o representante personal limitado. Debido a que esta información se usa para fines de verificación, la información incluida en esta sección debe coincidir con la información más actualizada en el archivo del asegurado/titular de la póliza. Tenga en cuenta que este formulario se puede rechazar si la información que contiene el formulario no coincide con la información que está en nuestros sistemas.

Sección B: Representante personal legal nombrado o representante persona limitado cuyos servicios finalizarán

Braven Health usará la información solicitada en esta sección con fines de verificación.

1. *Nombre del representante personal legal o representante personal limitado.* Escriba el nombre completo del representante personal legal o representante personal limitado de quien está solicitando que se cancelen los servicios.
2. *Fecha de nacimiento.* Escriba el mes, día y año de nacimiento (MM/DD/AAAA) del representante personal legal o representante personal limitado.
3. *Razón de la cancelación de los servicios.* Proporcione la razón de la solicitud para cancelar los servicios del representante personal legal o representante personal limitado. Si el representante personal lo ordena un tribunal o es el representante personal legal del asegurado mediante otra designación legal, como un poder legal de atención medica u orden de tutela, el solicitante de la cancelación de los servicios debe incluir una explicación y adjuntar una copia de los documentos oficiales que cancelan o anulan la representación legal.

AVISO: Toda la correspondencia que normalmente se le enviaría a su representante personal legal o representante personal limitado, ahora se enviará a la dirección del asegurado. La correspondencia puede incluir, cheques, Explicaciones de Beneficios (EOB, en inglés) y facturas, así como otros documentos. Sin embargo, toda la correspondencia, incluidos los cheques, todavía se emitirán a nombre del asegurado/titular de la póliza.

Se requiere una orden calificada de relaciones domésticas (QDRO, en inglés) si usted desea que toda la correspondencia sea emitida a su nombre, incluidos los cheques.

Envíe este formulario por correo postal a:

Braven Health
Attn: HIPAA Team
PO Box 1458
Newark, NJ 07101-1458

O por fax al: (973) 274-2358