



# Solicitud de Representante personal

**La finalidad de contar con un Representante personal es permitirle que otra persona actúe en su nombre con respecto a:**

- las decisiones que deben tomarse sobre sus beneficios de salud,
- solicitar y/o divulgar su información sobre la salud protegida, y
- ejercer todos los derechos que tenga en virtud de su plan de beneficios de salud.

**Un Representante personal puede ser designado legalmente, o por un Asociado para actuar en su nombre:**

- Si el Representante personal ha sido designado legalmente, el Representante personal debe completar y firmar este formulario. Junto con este formulario, deberá presentarse documentación legal respaldatoria, como un poder notarial que indique que tiene plenas facultades para tomar decisiones con respecto a la atención médica o documentación sobre la tutela.
- Si el Representante personal ha sido designado por el Asociado, el Asociado debe firmar este formulario ante un Notario Público.

**Importante: A excepción de los materiales de CIGNA Home Delivery Pharmacy, toda la correspondencia para los Asociados será enviada a la dirección del Representante personal.**

CIGNA Home Delivery Pharmacy seguirá enviando los medicamentos, la información que se adjunte y otras comunicaciones directamente al Asociado (no al Representante personal) a la dirección que CIGNA Home Delivery Pharmacy tenga registrada para el Asociado. Si desea que los medicamentos y las comunicaciones se envíen al Representante personal, llame a CIGNA Home Delivery Pharmacy al 1.800.Tel-Drug.

El Asociado conserva su derecho a actuar en su propio nombre a menos que CIGNA HealthCare reciba documentación legal que ordene lo contrario.

**Nota: Si su solicitud es aprobada, sólo afectará las comunicaciones escritas y orales enviadas por CIGNA HealthCare. Si desea que su empleador, su plan de salud colectivo, su médico o cualquier otra persona ajena a CIGNA HealthCare también efectúen este cambio, deberá obtener su conformidad por separado.**

## VVERIFICACIÓN – (Utilice letra de molde)

### Identificación del Asociado:

*(La siguiente información es necesaria para verificar la identidad).*

Nombre del Asociado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde podemos encontrarlo si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de identificación del Asociado (si corresponde): \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si difiere del Asociado): \_\_\_\_\_

Relación del Suscriptor con el Asociado: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Asociado) (Opcional): \_\_\_\_\_

**Si tiene cobertura adicional con CIGNA, además de la descrita precedentemente, proporcione también la siguiente información:**

Nombre del otro empleador: \_\_\_\_\_

N.º que figura en la tarjeta de identificación del Asociado: \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura?  Sí  No

**Identificación del Representante personal:**

Nombre del Representante personal: (sólo se puede nombrar a una persona) \_\_\_\_\_

Relación con el Asociado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Representante personal: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949) \_\_\_\_\_

Dirección donde deben enviarse las comunicaciones sobre este Asociado:

¿Cuál es el motivo de esta solicitud? \_\_\_\_\_

## **PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN PARA EL REPRESENTANTE PERSONAL**

(En esta sección, "usted" y "su" se refieren al Representante personal).

**Las respuestas que usted brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a información sobre la salud protegida del Asociado. Tenga en cuenta que formulamos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.**

Número de identificación personal (PIN) de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de su mamá (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949) \_\_\_\_\_

Puede usar cualquier fecha; no obstante, no puede ser una fecha futura y debe ser una fecha calendario legítima. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) porque noviembre no tiene 36 días. Tampoco podemos aceptar 11232015 (23 de noviembre de 2015) porque 2015 es una fecha futura.

- NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Conserve una copia de este formulario como referencia.

## **TENGA EN CUENTA QUE**

- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tomada en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare reciba información completa.
- Si se modifica su identificación de Asociado o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el Asociado o Grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de atención médica diferente brindada por CIGNA HealthCare, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Las solicitudes anteriores para que se envíe información a una dirección alternativa no serán tenidas en cuenta. Toda la correspondencia futura para Asociados se enviará a la dirección especificada anteriormente.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CIGNA HealthCare, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura en la página siguiente. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicio al cliente de CIGNA HealthCare al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare.

