



# Solicitud de cambio/revocación

TESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO ASOCIADO DE CIGNA HEALTHCARE<sup>®\*</sup>, SOLICITAR UN CAMBIO O REVOCACIÓN DE UNA SOLICITUD PREVIAMENTE APROBADA DE RESTRICCIÓN, COMUNICACIONES CONFIDENCIALES, REPRESENTANTE PERSONAL, AUTORIZACIÓN O MANIFESTACIÓN DEDESACUERDO. ENTIENDO QUE AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A CIGNA HEALTHCARE A CAMBIAR O REVOCAR UNA SOLICITUD PREVIAMENTE APROBADA.

## VERIFICACIÓN – (Utilice letra de molde)

**Identificación del Asociado:** (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

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, complete también la siguiente información:**

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

N.º de tarjeta de identificación del Asociado: \_\_\_\_\_

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

## RESTRICCIÓN

**Complete esta sección ÚNICAMENTE si tiene una restricción de privacidad activa registrada con CIGNA HealthCare.**

1. Deseo revocar mi restricción para denegarles el acceso a mi Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) por teléfono e Internet a los otros miembros de la familia cubiertos en virtud de mi póliza.
2. Deseo revocar todas las demás restricciones. Describa la solicitud de restricción específica que desea revocar: \_\_\_\_\_

3. Deseo cambiar las respuestas a mis preguntas de verificación:

Si marcó el casillero 3 precedente, debe proporcionar las respuestas actualizadas que desea usar de aquí en adelante:

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

## COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

**Complete esta sección ÚNICAMENTE si tiene una dirección para comunicaciones confidenciales activa registrada con CIGNA HealthCare.**

1. Deseo revocar mi dirección para comunicaciones confidenciales.
2. Deseo cambiar mi dirección para comunicaciones confidenciales.

Si marcó el casillero 2 precedente, debe proporcionar la dirección actualizada que desea usar de aquí en adelante: \_\_\_\_\_

Complete la página siguiente ➔

## REPRESENTANTE PERSONAL

Complete esta sección ÚNICAMENTE si tiene un Representante personal activo registrado con CIGNA HealthCare.

1. Deseo revocar a mi Representante personal.
2. Deseo cambiar la información de mi Representante personal. Marque la información que desea cambiar y suministre la información actualizada en el espacio provisto:

2a. Nombre del Representante personal: \_\_\_\_\_

2b. Dirección del Representante personal: \_\_\_\_\_

2c. Fecha de nacimiento del Representante personal (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949): \_\_\_\_\_

2d. Preguntas de verificación del Representante personal:

Si marcó el casillero 2d precedente, debe proporcionar las respuestas actualizadas que desea usar de aquí en adelante:

- 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.

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

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Complete esta sección ÚNICAMENTE si tiene una autorización de privacidad activa registrada con CIGNA HealthCare.

Deseo revocar mi Autorización de privacidad.

- Nombre de la(s) persona(s) física(s) o jurídica(s) que ya no está(n) autorizada(s) a recibir mi PHI: \_\_\_\_\_
- Información específica que permitía la Autorización revocada en el punto anterior (por ejemplo, estado de los reclamos, información médica, requisitos que se deben cumplir): \_\_\_\_\_

## MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO

Complete esta sección ÚNICAMENTE si envió previamente una Manifestación de desacuerdo o una solicitud para que se envíe información relacionada con un rechazo de su solicitud de modificación de la PHI.

Deseo revocar mi solicitud para que se envíe la totalidad o parte de la siguiente información cuando CIGNA HealthCare envíe correspondencia relacionada con la información cuestionada: mi solicitud de modificación de la PHI, el rechazo de CIGNA HealthCare, cualquier Manifestación de desacuerdo, y cualquier refutación de CIGNA HealthCare.

## 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 tenida en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare reciba información completa.
- Si se modifica cualquier información de inscripción, como el Número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), su identificación de Asociado o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el Asociado o Suscriptor colectivo cambia la cobertura de beneficios de atención médica dentro de CIGNA HealthCare, será necesario que complete otro formulario en ese momento.

Complete la página siguiente ➔

