

Este formulario me permitirá, como cliente/participante de Cigna Healthcare, Global Health Benefits, solicitar que la correspondencia se envíe a una dirección alternativa.

Entiendo que, al completar y firmar este formulario, solicito a Cigna Healthcare, Global Health Benefits recibir las comunicaciones de información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí por medios alternativos o en lugares alternativos, y solicito una restricción sobre el uso y la divulgación de mi PHI. Cumpliremos con las solicitudes razonables siempre que sea posible.

Identificación del cliente/participante que solicita una dirección alternativa. La siguiente información se necesita para verificar la identidad.

Nombre del cliente/participante que solicita una dirección alternativa

Fecha de nacimiento

Número de ID del cliente

Nombre del suscriptor (si difiere del cliente)

Relación del suscriptor con el cliente

Nombre del empleador del suscriptor

Número de cliente del suscriptor

Dirección alternativa solicitada/comunicación: *(Dirección)*

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Solicitud adicional de restricción:

(Si desea restringir este acceso a su información, indíquelo marcando el casillero a continuación)

- Solicito restringir el acceso telefónico y por Internet a mi información sobre la salud protegida (PHI) solamente a mí. Si usted elige esta opción y no es el suscriptor, no podrá acceder a su información por Internet. Deberá llamar al número que aparece en su tarjeta de ID o en la tarjeta de ID del suscriptor para obtener información por teléfono. (El suscriptor sí podrá obtener su propia PHI por teléfono y por Internet). Importante: Si desea implementar este tipo de restricción, debe completar la sección de las preguntas de verificación en la página 2.

Preguntas de verificación. (Esta sección se aplica únicamente a las solicitudes de restricciones de acceso). Las respuestas que brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a su información sobre la salud protegida. Tenga en cuenta que hacemos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.

PIN de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): _____

¿Cuál es la fecha de nacimiento de su mamá? _____

Complete la página siguiente

(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 11232030 (23 de noviembre de 2030) porque 2030 es una fecha futura.

- NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Conserve una copia de este formulario para poder consultarlo si lo necesita.

Tenga en cuenta lo siguiente

- Si usted no es el suscriptor, cualquier pago con cheque por los servicios que reciba que no se envíe al proveedor de servicios de salud se enviará al suscriptor. Por lo tanto, es posible que el suscriptor reciba un cheque que puede contener preguntas dirigidas a usted sobre los servicios prestados.
- Las comunicaciones que contengan su PHI se enviarán a la dirección indicada en este formulario.
- Si la información proporcionada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare, Global Health Benefits le devolverá el formulario, y es posible que esta solicitud no sea tenida en cuenta hasta que recibamos la información completa.
- Si el cliente o grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por Cigna Healthcare, Global Health Benefits, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, Global Health Benefits a la dirección que aparece al final de este formulario. Si desea cambiar o revocar esta solicitud, debe proporcionar la dirección actualizada que desea usar de aquí en adelante.

Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

(Nombre en letra de molde) _____ Fecha: _____

Firma del cliente, parent/madre/tutor(a), representante personal si está disponible:

Relación si quien firmó no es el cliente: _____

Tenga en cuenta que, si todavía no fue proporcionado, pediremos un comprobante para verificar la competencia del representante personal antes de que esta solicitud se considere completa, incluida una copia del poder notarial para el cuidado de la salud u otro documento relevante.

Si el cliente no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente: El cliente es un menor de _____ años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

Complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

Privacy Office
Cigna Healthcare, Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Life Insurance Company of Canada, Cigna Global Insurance Company Limited, Evernorth Care Solutions, Inc. y Evernorth Behavioral Health, Inc. El nombre de Cigna Healthcare, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen The Cigna Group y sus subsidiarias operativas. "Cigna Healthcare" se refiere a The Cigna Group y/o sus subsidiarias y afiliadas. © 2025 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia. Todos los derechos reservados.

