

**LEA ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE.** Al completar y firmar este formulario, usted le da permiso a PayFlex Systems USA, Inc., (PayFlex) para que divulgue su información personal a otra persona u organización\*. Usted designará a su representante autorizado a continuación. Su información personal se relaciona con su cuenta de PayFlex. Puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente: información sobre reclamos (nombre del proveedor, si necesita confirmar un reclamo, monto, etc.), reembolsos pagados por la cuenta, explicación de pagos, cartas de solicitud de recibo, primas que usted paga, nombre de la aseguradora, estado de acceso al sitio en Internet, estado de tarjeta de débito, información de cuentas bancarias y consultas generales del plan.

Es posible que las normas federales de privacidad que protegen su información personal no se apliquen al representante autorizado. Esto significa que el representante puede brindarles su información a otras personas.

Esta autorización vence doce meses después de la fecha en que finaliza su elegibilidad para los beneficios, según lo informa su plan. Si lo desea, puede cancelar esta autorización antes de su vencimiento. Puede utilizar este formulario para notificarnos por escrito. Esto es importante porque no podemos cancelar una autorización por teléfono. Si la cancela antes de su vencimiento, no se verá afectada ninguna de las medidas tomadas antes de recibir la solicitud por escrito.

Esta solicitud es voluntaria. No afectará su elegibilidad para los beneficios, el tratamiento que recibe, su inscripción ni el pago de sus reclamos. El plan no puede solicitarle que firme este formulario por ningún motivo.

\* No use este formulario para permitir que sus proveedores presenten información o documentación sobre facturas, reclamos o *Explicación de beneficios*. No necesitan su autorización firmada para enviarle esa información a PayFlex.

### Instrucciones

1. Para autorizar la divulgación de información personal, complete las secciones A, B, C y E de este formulario. Envíelo a PayFlex.
2. Para revocar o cancelar una autorización, complete las secciones A, B y D de este formulario. Envíelo a PayFlex.

**Nota:** No podremos procesar este formulario si no está completo y firmado. También es posible que necesitemos información adicional para procesarlo.

**Sección A: Información del miembro** (persona cuya información será divulgada).

EL REPRESENTANTE AUTORIZADO NECESITARÁ TENER TODA ESTA INFORMACIÓN CUANDO SE COMUNIQUE CON PAYFLEX.

Nombre del miembro (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Número de miembro O N.º del Seguro Social (solo los últimos cuatro dígitos) XXX-XX-		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador (si es COBRA o cuenta para jubilados, el empleador anterior)	Número de teléfono durante el día ( ) -		

**Sección B: Información del representante autorizado** (persona u organización a la que usted autoriza a recibir la información del miembro).

EL MIEMBRO DEBE COMPLETAR UN FORMULARIO POR SEPARADO PARA CADA REPRESENTANTE AUTORIZADO.

Nombre del representante u organización autorizados
<p>En la mayoría de los casos, no se deben enviar documentos adicionales junto con este formulario. Solo asegúrese de que el miembro lo firme. Esto es necesario para que la autorización entre en vigor. Estas son dos situaciones en las cuales se necesitan documentos adicionales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si el miembro fallece: En ese caso, debe enviarle a PayFlex el albaceazgo o documentación similar y el certificado de defunción. PayFlex no puede hablar sobre la cuenta del miembro fallecido con ninguna persona si no tiene esta documentación. Después de la muerte del miembro, PayFlex no puede aceptar un poder legal duradero, una instrucción anticipada ni documentos que certifiquen la tutela o la curatela. Esos poderes ya no serán válidos.</li> <li>2. Si el miembro está incapacitado: En ese caso, si el representante legal del miembro firma este formulario, debe enviarle a PayFlex documentación que verifique el estado del representante legal. Esta documentación incluye un poder legal duradero o un documento que certifique la tutela o la curatela.</li> </ol>

**Sección C: Información que será divulgada al representante autorizado** (seleccione una sola opción).

<input type="checkbox"/> <b>Otorgar acceso completo a la cuenta:</b> Esta opción le concede al representante autorizado el mismo acceso que al miembro. Le permite al representante autorizado recibir toda la información de la cuenta, enviar reclamos y documentos solicitados, y realizar cambios en la cuenta. Esto incluye restablecer el usuario y la contraseña del sitio en Internet, solicitar tarjetas de débito y modificar la información de la cuenta.
<input type="checkbox"/> <b>Otorgar acceso limitado a la cuenta:</b> Esta opción es solo para información disponible por teléfono. No permitirá que el representante autorizado realice o autorice cambios en la cuenta. Tampoco permitirá que el representante autorizado solicite o reciba documentos específicos de la cuenta del miembro.

**Sección D: Solicitud de revocación o cancelación**

Complete esta sección únicamente si desea solicitar a PayFlex que revoque o cancele una solicitud de autorización. Debe completar las secciones A, B y D. Hasta que PayFlex reciba y procese su solicitud de cancelación, el representante autorizado aún tendrá el acceso que le otorgó anteriormente.

Deseo revocar o cancelar el acceso a la cuenta de (nombre del representante autorizado)		
Nombre del miembro	Firma 	Fecha

**Sección E: Firma del miembro o del representante legal**

Solicito y autorizo a PayFlex a divulgar mi información al representante autorizado designado más arriba. Entiendo que esto puede incluir información protegida de salud. Entiendo que esta autorización vence al finalizar el periodo de doce meses luego de que finaliza mi cobertura. Asimismo, entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta ese entonces, a menos que envíe una solicitud de cancelación por escrito. Entiendo que esta solicitud es voluntaria. El plan no puede basar mi elegibilidad para beneficios, tratamientos, inscripción o pago de reclamos en esta autorización. Además, entiendo que una vez que la información sea divulgada al representante autorizado, es posible que las normas federales de privacidad que protegen mi información de salud no se apliquen a este. Entiendo que esto significa que es posible que el representante autorizado pueda compartir esta información.

Nombre en letra de imprenta	Firma (si firma el miembro, no se necesitan documentos adicionales). 	Fecha
-----------------------------	--	-------