



# TruAssure Insurance Company

## Autorización para la entrega de información

Al firmar este formulario en la Sección F que sigue, autorizo a TruAssure Insurance Company a entregar mi información médica individualmente identificada como se describe en la Sección B a la persona o entidad nombrada en la Sección C que sigue. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que puedo obtener una copia de este formulario y que puedo cancelarla en cualquier momento presentando mi cancelación por escrito a TruAssure Insurance Company.

Por favor, complete la información en todas las secciones.

### SECCIÓN A: INFORMACIÓN INDIVIDUAL

<b>Nombre del individuo</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> __/__/__	
<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Número de teléfono</b> (    )	<b>Número de ident.</b>	

### SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SER ENTREGADA, INCLUYENDO LAS FECHAS

---

---

---

---

---

---

**SECCIÓN C: NOMBRE DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIÓN AUTORIZADA A RECIBIR LA INFORMACIÓN**

**Nombre del individuo**

**Dirección**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**Número de teléfono**

(     )

Entiendo que una vez que se entregue la información a las personas designadas indicadas más arriba, según esta autorización, podría dejar de estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

**SECCIÓN D: DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO DE LA ENTREGA**

A pedido del individuo u

Otra \_\_\_\_\_

**SECCIÓN E: FECHA O EVENTO DE VENCIMIENTO**

Esta autorización para entregar información como se indica en la presente vencerá el:

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

Iniciales \_\_\_\_\_

El vencimiento de mi plan dental grupal de TruAssure Insurance Company

Iniciales \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento según se detalla en la Notificación de privacidad de TruAssure Insurance Company. También entiendo que mi cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida que TruAssure Insurance Company haya tomado, ni a ninguna información que ya haya sido entregada, basado en esta autorización antes de que TruAssure Insurance Company haya recibido en realidad mi pedido de cancelación.

**SECCIÓN F: FIRMA DEL INDIVIDUO Y FECHA**

**Firma del individuo o representante del individuo:** Para completar con una firma digital y enviar electrónicamente, por favor descargue esta forma por el Adobe u otro lector PDF.

**Fecha de nacimiento**

**Nombre escrito con letra de molde del representante personal del individuo**

**Relación con el individuo, incluyendo autoridad o estatus o representante**

**DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETADO DE AUTORIZACIÓN A:**

Compliance Department  
TruAssure Insurance Company  
111 Shuman Boulevard  
Naperville, IL 60563

Fax: (630) 983-4497  
Correo electrónico: [compliance@truassure.com](mailto:compliance@truassure.com)