



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

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

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