

Date/Fecha:

Reclamante:

Reclamo No:

AUTORIZACIÓN
PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y COMUNICACIONES

Declaro aceptar y entender que toda y cualquiera información que pudiese ser divulgada por medio de esta autorización podrá ser usada por Chubb para llevar a cabo los trámites de seguros correspondientes, los que incluyen pero no se limitan a los siguientes: administración de reclamos, liquidación y manejo de reclamos, investigación de fraudes; dicha divulgación es necesaria para el cumplimiento de los procedimientos legales.

Por medio de este documento autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida a la compañía Chubb & Son, división del Federal Insurance Company, para sí y también en su calidad de gerente de compañías miembros del Chubb Group of Insurance Companies "Grupo Chubb de Empresas de Seguros" ("Chubb"). Entiendo que el propósito de dicha divulgación es la de proporcionar información acerca de mi condición médica y tratamiento médico relacionados con un reclamo de compensación para trabajadores.

Autorizo específicamente a cualquier médico tratante o proveedor de cuidados médicos para que se comunique en forma oral o escrita con mi empleador, su aseguradora, administradora de reclamos, gerentes de caso, o abogados con relación a mi cuidado y tratamiento, y a otros asuntos tales como el diagnóstico, pronóstico, relación causal entre los cuidados y tratamientos de la lesión de trabajo y mis deberes y capacidad para trabajar. Conjuntamente con lo anterior, también autorizo a cualquier médico tratante o proveedor médico para que examine cualquier material adicional que le sea suministrado.

Entiendo que podré revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, dicha revocación no aplicará a los usos y divulgaciones ya hechas en respuesta a esta Autorización. A menos que yo lo revoque antes, esta Autorización rige durante la duración de mi reclamo de compensación para trabajadores a partir de la fecha de mi firma al pie de este documento.

Una fotocopia de esta Autorización tendrá la misma validez que el documento original. Entiendo que en cualquier momento puedo inspeccionar u obtener una copia de esta Autorización.

ACEPTO ESTOS TÉRMINOS Y AUTORIZO EL USO Y LA DIVULGACIÓN INDICADA ARRIBA.

Firma del Paciente o su Representante Legal

Fecha

Si no es el Paciente, indicar parentesco del
Representante Legal con el Paciente

Fecha

"Una entidad cubierta podrá divulgar información de salud protegida de acuerdo a lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores u otros programas similares establecidos por ley y que otorguen beneficios para lesiones o enfermedades del trabajo, con independencia de la culpa." 45 CFR 164.512(1)