

## Autorización para la compañía The Paul Revere Life Insurance

Con el propósito de evaluar mi elegibilidad para seguros y para obtener beneficios en virtud de una póliza/certificado existente, lo que incluye la revisión y resolución de cualquier problema que surja en relación con información incompleta o incorrecta en mi aplicación o mis formularios de solicitud, por medio de la presente, autorizo la divulgación de la siguiente información sobre mí y, si corresponde, sobre mis dependientes, por parte de las fuentes mencionadas a continuación a la compañía Paul Revere Life Insurance (Paul Revere) y sus representantes debidamente autorizados.

La información de salud puede ser divulgada por cualquier médico o institución, plan de salud o centro de información sobre pagos por cuestiones de salud, que tenga antecedentes o conocimiento de mi persona, incluidas bases de datos sobre medicamentos recetados o manejo de beneficios farmacéuticos, así como ambulancia u otros servicios de transporte médico. La información de salud también puede ser divulgada por cualquier compañía de seguros, organismos de Medicare o Medicaid, o la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés). La información de salud incluye todo mi historial médico y de reclamaciones de seguros, pero no incluye las notas de psicoterapia. Puede divulgarse información no médica, como el historial de ingresos o de empleo, o cualquier otro dato considerado apropiado por Paul Revere para evaluar mi aplicación o formularios de solicitud, por parte de cualquier entidad, persona u organización que tenga estos registros sobre mi persona, incluyendo a, aunque no se limita, mi empleador, representante de empleadores y fuentes de ingresos por compensación, compañía de seguros, instituciones financieras o entidades gubernamentales, entre ellas, departamentos de seguridad pública y del área automotriz.

Cualquier información que Paul Revere obtenga en virtud de la presente autorización se utilizará para evaluar y administrar mis reclamaciones de beneficios. Algunos datos obtenidos pueden no estar protegidos por ciertos reglamentos federales que rigen sobre la privacidad de la información de salud, pero la información está protegida por leyes de privacidad del estado y otras leyes al respecto. Paul Revere no redistribuirá la información, a menos que esté permitido o sea requerido por tales leyes. La información redistribuida puede ya no estar protegida por las leyes federales.

Esta autorización es válida por dos (2) años a partir de su ejecución o la duración de mi reclamación, la fecha que suceda antes; y la copia será tan válida como la original. Sé que mi representante autorizado o yo podemos solicitar una copia de esta autorización y el acceso a esta información. Esta autorización puede ser revocada por mí o por mi representante autorizado en cualquier momento, excepto en la medida en la que Paul Revere se haya valido de la autorización antes del aviso de revocación o tenga el derecho legal de impugnar la cobertura en virtud del contrato o el contrato mismo. La revocación podría impedir que Paul Revere evaluase mi reclamación o afectar mi elegibilidad para recibir los beneficios. Podré revocar esta autorización mediante el envío de una notificación escrita a la siguiente dirección: The Paul Revere Life Insurance Company, Claims Department, P.O. Box 100195, Columbia, SC 29202-3195.

Usted puede negarse a firmar este formulario; sin embargo, esto podría afectar la capacidad de Paul Revere para evaluar y administrar su reclamación. Yo soy la persona a la que se aplica esta autorización o el Representante Legal de esta persona, Designado por Carta Poder, Tutor Administrativo, Beneficiario o representante personal.

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha de la firma

\_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta de la persona sujeta a esta divulgación  
 XXX-XX-\_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social  
 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento

Si corresponde, yo firmé en nombre del asegurado en carácter de \_\_\_\_\_ (relación). Si es Tutor Legal, Designado con Poder Legal, Tutor Administrativo, Beneficiario o representante personal.

\_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta de representante legal  
 \_\_\_\_\_ Firma del representante legal  
 \_\_\_\_\_ Fecha de la firma