

SOLICITUD PARA REPRESENTAR A UN MIEMBRO FALLECIDO

Lea las instrucciones en la página 2 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.

Se requiere un formulario por separado para cada miembro de la póliza o cobertura, según corresponda. Escriba con letra de molde legible, excepto donde se le solicite firmar.

Para solicitar representar a un miembro fallecido, brinde la información a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team. 1700 American Blvd., Pennington, New Jersey 08534 o por fax al 609-538-1574.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO FALLECIDO

1. Nombre (Suscriptor o Dependiente): _____
2. N.º de identificación del miembro de Horizon NJ Health: _____ 3. Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

SECCIÓN B: NIVEL DE AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL (SELECCIONE UNO)

Solo consultas sobre la cuenta (autoridad limitada): Esto significa que Horizon NJ Health puede divulgar información privada a la persona seleccionada. Esta persona tendrá acceso a información como reclamaciones, inscripción, primas, apelaciones, etc. (opción predeterminada si no se realiza ninguna selección)

Consultas sobre la cuenta y correspondencia (autoridad total): Horizon NJ Health no solo puede divulgar información privada a la persona seleccionada, sino también esta persona recibirá toda la correspondencia que normalmente se enviaría al miembro fallecido, que incluye la Explicación de beneficios (EOB), cheques, etc.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

1. Nombre: _____ 2. N.º de teléfono: _____
3. Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____ 4. Fecha de nacimiento: ____/____/____
5. Dirección: _____
6. Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
7. Relación con el miembro fallecido: _____

Nota: Adjunte las pruebas que indiquen que usted tiene la autoridad para representar el patrimonio del miembro fallecido. Consulte las instrucciones para obtener más detalles.

SECCIÓN D: SOLICITUD PARA REPRESENTAR A UN MIEMBRO FALLECIDO

Yo, _____, habiendo aportado la documentación legal requerida, solicito por la presente ser
(representante legal)
designado como el representante personal de _____. Entiendo que esta solicitud se aplica a
(miembro fallecido)
las comunicaciones con Horizon NJ Health y sus socios comerciales sobre la persona fallecida.

Firma del solicitante

Fecha: ____/____/____
MM DD AAAA

Nombre en letra de molde

INSTRUCCIONES
SOLICITUD PARA REPRESENTAR A UN MIEMBRO FALLECIDO

Instrucciones generales: Debe completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario.

Se debe completar este formulario para designar un representante personal a un miembro fallecido. El albacea del patrimonio del miembro fallecido, designado de oficio, de realizar la solicitud. Todos los documentos legales requeridos se someterán a un proceso de validación por parte de Horizon NJ Health. Tenga en cuenta que se requiere un formulario y documentación por separado para cada miembro de la cobertura, según corresponda.

Sección A: Información del miembro

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro fallecido para el que se solicita un representante personal. Esta información es necesaria para fines de verificación. Marque la casilla correspondiente para indicar si el miembro fallecido era el suscriptor o un dependiente.

Sección B. Nivel de autoridad del representante personal

A un representante personal se le puede asignar uno de los dos niveles de autoridad disponibles: autoridad limitada o autoridad total. Para cada nivel de autoridad, también hay otras opciones disponibles.

Autoridad limitada: Si se elige esta opción, el representante personal del miembro fallecido puede realizar consultas sobre la cuenta del miembro fallecido, y Horizon NJ Health puede divulgar información privada a tal persona, como reclamaciones, inscripción, primas y apelaciones. El representante personal no podrá realizar cambios en la póliza.

Autoridad total: Si elige esta opción, el representante personal tendrá autoridad total sobre la cuenta. El representante personal no solo podrá realizar consultas sobre la información privada, sino que también podrá realizar cambios y actualizaciones en la cuenta, que incluye la rescisión de la póliza. Si el miembro fallecido es el suscriptor, la correspondencia se emitirá a nombre del patrimonio del miembro fallecido. Si el miembro fallecido no es el suscriptor, la correspondencia aún se emitirá a nombre del suscriptor.

Sección C: Información del representante personal

Horizon NJ Health utilizará la información solicitada con fines de verificación. El representante personal deberá divulgar esta información durante una llamada telefónica si desea recibir información privada sobre el miembro fallecido.

Los documentos aceptados como prueba de autoridad para representar el patrimonio del miembro son los siguientes:

- a) Última voluntad y testamento con certificado de defunción
- b) Orden de validación de testamento
- c) Orden del juez competente en asuntos sucesorios
- d) Designación del administrador de la sucesión

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health,
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534

O envíelo por fax a: (609) 538-1574

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com