

**Solicitud para rescindir la asignación de un representante legal personal o representante personal limitado**

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, según corresponda. Escriba con letra de molde toda la información de manera legible, excepto donde se le solicite firmar.

Para solicitar rescindir la asignación de un representante legal personal o representante personal limitado que se haya establecido en su nombre, brinde los datos a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534 o por fax al 609-538-1574.

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Nombre  *Suscriptor*  *Dependiente*: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Dirección: (que figura en los registros) \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente deseo rescindir la  
(nombre del miembro en letra de molde)  
 representación personal legal o limitada de \_\_\_\_\_, mi representante legal personal o representante personal limitado.

(Nombre del representante legal personal o representante personal limitado en letra de molde)  
 Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones de Horizon NJ Health y sus socios comerciales en materia de mi información privada, pero **no** rescindiré las comunicaciones contractuales de Horizon NJ Health (y sus socios comerciales) del suscriptor de mi cobertura.

Fecha de entrada en vigor de la rescisión de la representación personal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

**NOTA IMPORTANTE:** La fecha previamente descrita no puede ser una fecha anterior al momento en que se completó este formulario. Si no establece una fecha o si elige una fecha anterior a la fecha en que Horizon NJ Health recibe este formulario, Horizon NJ Health considerará que la fecha de entrada en vigor solicitada es la fecha en que Horizon NJ Health procese este formulario. Además, sin perjuicio de la fecha provista anteriormente, la representación personal legal o limitada permanecerá en vigor hasta que Horizon NJ Health haya aprobado, procesado e implementado por completo esta solicitud, lo que puede no ocurrir hasta después de la fecha de entrada en vigor solicitada.

**SECCIÓN B: REPRESENTANTE LEGAL PERSONAL O REPRESENTANTE PERSONAL LIMITADO DESIGNADO QUE SERÁ RESCINDIDO**  
(se requiere para efectos de verificación de privacidad)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Motivo de la rescisión: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si el representante es designado de oficio o es su representante legal personal a través de otra designación legal (p. ej., poder legal, testamento en vida, albacea o administrador de sucesión testamentaria), debe incluir una explicación (ver la última oración anterior) o adjuntar/incluir una copia de los documentos oficiales que rescinde o anula su representación legal personal, si aún no los ha proporcionado. Si usted es el representante legal personal autorizado, puede realizar esta solicitud y firmar este formulario a continuación en nombre del miembro.

Marque esta casilla si desea que su respuesta a esta solicitud se envíe por correo electrónico. Correo electrónico:

Firma del  *Miembro*  *Solicitante*: \_\_\_\_\_  
(marque si es miembro u otro solicitante)

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM DD AAAA

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES

### SOLICITUD PARA RESCINDIR LA ASIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE LEGAL PERSONAL O REPRESENTANTE PERSONAL LIMITADO

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

Se debe completar este formulario cuando un miembro desea rescindir a la asignación de un representante legal personal o representante personal limitado.

Todos los documentos legales requeridos se someterán a un proceso de validación por parte de Horizon NJ Health. Si usted es el representante legal personal o representante personal limitado autorizado, puede realizar esta solicitud y firmar el formulario en la sección inferior en nombre del miembro.

**NOTA:** Se requiere un formulario y documentación por separado para cada miembro de la cobertura, según corresponda, incluso si se rescinde el mismo representante legal personal o representante personal limitado.

#### **Section A:** Información del miembro

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro que solicita la rescisión de su representante legal personal o representante personal limitado. Dado que esta información se utiliza para fines de verificación, los datos incluidos en esta sección deben coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor que figura en los registros. Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros sistemas.

#### **Section B:** Representante legal personal o representante personal limitado designado que será rescindido

Horizon NJ Health utilizará la información solicitada en esta sección para fines de verificación.

1. *Nombre del representante legal personal o representante personal limitado.* Ingrese el nombre completo del representante legal personal o representante personal limitado cuya rescisión solicita.
2. *Fecha de nacimiento.* Ingrese el mes, día y año de nacimiento del representante legal personal o representante personal limitado (DD/MM/AAAA).
3. *Motivo de la rescisión.* Establezca el motivo de la solicitud para rescindir al representante legal personal o representante personal limitado. Si el representante personal es designado de oficio o es el representante legal personal del miembro a través de otra designación judicial, como un poder legal o una orden de tutela, el solicitante de la rescisión debe incluir una explicación y adjuntar una copia de los documentos oficiales que rescindan o anulen la representación legal.

**NOTA:** Toda la correspondencia que normalmente se enviaría a su representante legal personal o representante personal limitado se enviará a la dirección del miembro. La correspondencia puede incluir cheques, Explicación de beneficios (EOB) y facturas, así como otros artículos. No obstante, toda la correspondencia, incluidos los cheques, se seguirá emitiendo a nombre del miembro/suscriptor.

**Se requiere una Orden de relación doméstica calificada (QDRO) si desea que toda la correspondencia, incluidos los cheques, se emita a su nombre.**

**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](mailto:HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com)