



Horizon NJ Health

### Request for Personal Representative

**Instructions:** To request a personal representative, please complete the information below, sign in the space provided and return to: Horizon NJ Health, Member Services, Attention: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534. A separate form is required for each member on the policy or coverage, as applicable. Please print legibly.

**Member Information: (circle whether request is for subscriber or dependent)**

Name (Subscriber/Dependent): \_\_\_\_\_

Policy Identification #: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, hereby appoint \_\_\_\_\_ to be  
(member) (personal representative)  
designated as my personal representative. I understand this request applies to communications from Horizon and its business associates about my private information. I also understand that mental health and/or substance abuse private information may be disclosed if I have utilized such services.

**Time Period for Representation:** From: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTE: If no time period is provided, this request will remain in effect until the member or his/her legal representative notifies Horizon in writing requesting a change.**

**Purpose of Representation:** (select one)

**Account Inquiries Only:** This means that Horizon is allowed to disclose private information to the individual selected. This individual would have access to information such as: claims, enrollment, premiums, appeals, etc.

**Correspondence & Account Inquiries:** Not only can Horizon disclose private information to the individual selected, but he/she will receive all correspondence that would normally go to the member, including EOBs, checks, etc. For that reason, this option should ONLY be chosen if the member is sure he/she no longer wants to receive relevant coverage information directly, since the personal representative will receive it instead (generally, only in circumstances of incapacity or incompetence (adults), or in the representation of a child; typically not for spouse-to-spouse representation).

**Personal Representative Information: (required for privacy verification purposes)**

Name (Last, First, MI): \_\_\_\_\_

Social Security # (Last 4 Digits **only**): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Relationship to the member: \_\_\_\_\_

**NOTE:** If the representative is court-ordered or has another legal designation (examples: power of attorney, living will, executor or administrator of probate estate), you must attach/include copy of the official document(s) if not already provided. If you are a documented legal representative, you may make this Request and sign this form below on behalf of the member.

**Signature of Member / Requestor:** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(circle whether member or other requestor)

**Printed Name:** \_\_\_\_\_



Horizon NJ Health

### Solicitud de representante personal

**Instrucciones:** Para solicitar un representante personal, complete la información solicitada a continuación, firme en el espacio correspondiente y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Member Services, Attention: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534. Debe enviar un formulario aparte para cada miembro incluido en la póliza o cobertura, según corresponda. Escriba en letra de imprenta legible.

#### Información sobre el miembro: (marque con un círculo si es para el suscriptor o un dependiente)

Nombre (suscriptor/dependiente): \_\_\_\_\_

N.º de identificación de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Por el presente, yo, \_\_\_\_\_, nombro a \_\_\_\_\_ para que  
(miembro) (representante personal)

sea designado mi representante personal. Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones enviadas provenientes de Horizon y sus socios comerciales sobre mi información privada. También entiendo que puede divulgarse información privada sobre salud mental o abuso de sustancias si he utilizados estos servicios.

**Período de la representación:** Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTA: Si no se indica un período, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el miembro o su representante legal envíe a Horizon una notificación solicitando un cambio.**

**Finalidad de la representación:** (seleccione una)

**Sólo consultas sobre la cuenta:** significa que Horizon puede divulgar información privada a la persona seleccionada, quien tendría acceso a información como: reclamaciones, inscripción, primas, apelaciones, etc.

**Correspondencia y consultas sobre la cuenta:** Horizon no sólo puede divulgar información privada a la persona seleccionada, sino que ésta recibirá toda la correspondencia que normalmente se dirigiría al miembro, por ejemplo, Explicaciones de beneficios, cheques, etc.

Por ese motivo, esta opción SÓLO debe seleccionarse si el miembro está seguro de que ya no desea recibir directamente información importante sobre la cobertura, ya que el representante personal la recibirá en su lugar (en general, únicamente en circunstancias de incapacidad o incompetencia [adultos], o bien en la representación de un niño; por lo común, no se utiliza para representación entre cónyuges).

#### Información sobre el representante personal: (necesaria a los efectos de la verificación de la privacidad)

Nombre (Apellido, nombre, iniciales del segundo nombre): \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social (sólo los últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si el representante fue nombrado por orden judicial o tiene otra designación legal (ejemplos: poder notarial, testamento vital, albacea o administrador de patrimonio de la sucesión testamentaria); debe adjuntar/incluir copias de los documentos oficiales si aún no las ha entregado. Si usted es un representante legal documentado, puede hacer esta Solicitud y firmar el formulario a continuación en nombre del miembro.

**Firma del miembro/solicitante:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(marque con un círculo si es el miembro u otro solicitante)

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

Productos y políticas proporcionados por Horizon NJ Health y servicios brindados por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, cada uno de los cuales es una compañía independiente con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association. Las comunicaciones podrían ser enviadas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, en calidad de administrador de programas y de relaciones con los proveedores para todas sus compañías.