



**Autorización para obtener y divulgar información
(Excluyendo los apuntes de psicoterapia)**

EMPLEADO (NOMBRE): _____ N° DE RECLAMO: _____

EMPLEADOR/PATROCINADOR/CLIENTE (NOMBRE): _____

DEVOLVER A: _____

Autorizo que cualquier médico certificado, profesional de la salud, hospital, clínica, farmacia, centro médico o relacionado a la medicina, profesional de la rehabilitación; evaluador vocacional; agencia gubernamental incluyendo la Administración del Seguro Social y la Administración de los Veteranos, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información crediticia o para las consumidores, instituciones financieras/educativas y a cualquier empleador actual o anterior divulgue todas y cada una de la siguiente información a la compañía particular de Lincoln Financial Group ante la cual estoy presentando un reclamo, o a su representante legal, o al patrocinador del plan (si se trata de un plan de autoseguro), o a las personas u otras organizaciones que proveen servicios de administración de reclamos:

1. Información médica con respecto a cualquier padecimiento físico o mental y/o tratamiento mí, incluyendo información confidencial con respecto a la infección por SIDA/VIH, enfermedades contagiosas, abuso de alcohol y drogas, y salud mental **(excluyendo los apuntes de psicoterapia)**.
2. Información con respecto a: obligaciones laborales, ganancias, solicitudes de empleo, registros de personal y otra información relacionada con el trabajo; registros e información relacionada con cualquier cobertura de seguro y reclamos presentados; información crediticia incluyendo pero no limitada a historiales crediticios y solicitudes de crédito; otra información financiera como registros bancarios; copias completas de declaraciones de impuestos federales y estatales, incluyendo anexos; y certificados de estudios.
3. Información con respecto a los beneficios del Seguro Social, incluyendo pero no limitado a, los montos mensuales de beneficios, los montos mensuales de pago del Seguridad de Ingreso Suplementario, fechas de derechos adquiridos, información de mi Búsqueda de Datos (*FACT Query*), y cualquier beneficio al que tengan derecho mis dependientes conforme a mi registro.

Comprendo que la compañía o el patrocinador del plan utilizará la información obtenida a través de esta autorización o que proporcione yo directamente para determinar elegibilidad para beneficios del seguro, que puede incluir la evaluación de tratamiento continuo. Cualquier información obtenida no será divulgada a cualquier persona u organización SALVO el Patrocinador del plan, reaseguradoras, otras compañías en el grupo de compañías de Lincoln Financial Group antes las cuales estoy presentando un reclamo, Programas de asistencia para empleados (*Employee Assistance Program o EAP*), u otros programas de control de enfermedades o de asistencia que proporcionen servicios al Patrocinador del plan y/o a la compañía, al Titular de una póliza de seguro colectiva y sus representantes/proveedores con el propósito de auditar la administración de reclamos de la compañía conforme a la póliza y/o evaluar datos estadísticos de reclamos relacionados con sus programas de beneficios, personas u organizaciones que proporcionen tratamiento médico o servicios en relación con mi reclamo, o de otro modo en que lo permita o solicite la ley. También entiendo que, hasta donde sea razonablemente necesario, la información obtenida puede ser divulgada a otras aseguradoras u organizaciones de apoyo de seguro para detectar o prevenir actividades ilícitas, fraudes, declaraciones esencialmente falsas o la abstención de presentar datos esenciales en relación con las operaciones de seguro.

Entiendo que esta autorización tendrá validez por dos años a partir de la fecha que se indica a continuación junto a mi firma. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento al notificar al Patrocinador del plan y/o la Compañía del grupo de compañías de Lincoln Financial Group ante la cual presente un reclamo. Si no firmo esta autorización o si modificar o revocarla, Lincoln Financial Group puede que no sea capaz de evaluar mi(s) reclamo(s), que puede llevar a denegación de mi(s) reclamo(s). Entiendo que la revocación no se referirá a cualquier información solicitada antes de Lincoln recibiendo el aviso de revocación.

Nombre de reclamante (Escribe)

Fecha de nacimiento

Firma del reclamante

Fecha

Número de reclamo