



**SOLICITUD:**

1. Por favor enviar cualquier información sobre mi salud de la siguiente manera: (como dirección, correo postal, o dirección de email\*): \_

---

---

2. Quiero que mi información privada de salud se me envíe de forma privada ya que (elija uno):

Considero que puedo ponerme en peligro si toda o una parte de mi información de salud es enviada al titular de la póliza.

Otra (por favor dé su razón):\_

---

---

---

---

---

**Firma**

**Fecha**

\*Las solicitudes de maneras alternativas pueden no ser seguras.

**NOTA:** Cuando su compañía de seguros apruebe la solicitud, la aprobación aplicará únicamente a mensajes privados de la compañía de seguros. Si cambia de compañía de seguros, necesitará hacer una nueva solicitud a la nueva compañía de seguros. Después de enviar este formulario, verifique con su compañía de seguros para asegurarse de que su solicitud ha sido procesada y aprobada. Es importante saber que hasta que se apruebe su solicitud, la compañía de seguros puede continuar enviando su información de salud privada a la persona que paga por su seguro de salud.

*Diciembre de 2014*