

**SOLICITUD PARA REVOCACIÓN DE MI AUTORIZACIÓN
PARA USO DEL BENEFICIO DE *HOME BUNDLE***

Nombre del afiliado(a) o representante autorizado⁽¹⁾ *(en letra de molde)*

Número de contrato: _____

Fecha de nacimiento *(mes/día/año)*: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

- **Revocación:** Por la presente solicito la revocación de la **AUTORIZACIÓN PARA USO DEL BENEFICIO DE PAQUETE PARA HOGARES** (“*home bundle*”) sometida a MCS Classicare (HMO) autorizando a la siguiente persona o entidad:

(nombre de la persona o entidad previamente autorizada)

- Entiendo que esta revocación no afectará el beneficio en mi cubierta.
- Esta revocación es solamente válida para no utilizar, recibir y/o divulgar información específica sobre el beneficio de *home bundle*.
- Entiendo que este documento no equivale a una revocación de representante autorizado al amparo de la Ley HIPAA.

Firma del afiliado(a) o representante autorizado⁽¹⁾

Fecha *(mes/día/año)*

⁽¹⁾ El representante autorizado debe incluir evidencia sobre su capacidad legal de representación del afiliado (ej., carta de tutela, sentencia judicial, poder legal, etc.).

Nombre de testigo *(de ser necesario)*

Firma

Fecha *(mes/día/año)*

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. H5577_12000123_C