



a Berkley Company

## AUTORIZACIÓN

La persona infrascrita ha entablado un reclamo para recibir prestaciones de indemnización laboral (de aquí en adelante se le llamará "el Reclamo"). La cantidad y el tipo de información que se busca referente a esta autorización depende de la sustancia del Reclamo, pero solamente sera usada para ayudar en determinar la validez del Reclamo y el pago de prestaciones o servir en la administración del programa asegurador bajo el cual se haya iniciado el Reclamo. El autorizar la divulgación de información es algo voluntario, y el firmar esta autorización no es uno de los requisitos para que se acepte el Reclamo. Esta autorización esta sometida a ser revocada en cualquier instante, al menos que una de las partes ya haya actuado sobre la base de la misma. Cualquier revocación se tendrá que entregar por escrito a Key Risk, P.O. Box 49129, Greensboro, NC 27419.

La persona infrascrita autoriza la divulgación de información y tambien la comunicación entre sus proveedores médicos y los representantes de Key Risk Management Services ("Key Risk").

Esta divulgación de información aplica a todo antecedente médico, información médica, y pago de prestación pertinente que tenga que ver con cualquier enfermedad, lesión, historial médico, consulta, receta, tratamiento, o prestación, y aplica tambien a toda copia de los registros de los mismos, que pueda ser pertinente o necesario durante el transcurso de este Reclamo. Esta autorización incluirá específicamente, pero no se limita solamente a, antecedentes médicos, información médica y de pagos de prestaciones concernientes o relacionados con el tratamiento de la Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH, enfermedad mental, y problemas medicos relacionados con las drogas o el alcohol.

La persona infrascrita tambien autoriza a la Administración del Seguro Social y a los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) para compartir con Key Risk información sobre mi caso de indemnización laboral y la lesión, las fechas tocante el derecho a recibir prestaciones, las cantidades de las prestaciones para mi y las personas a mi cargo.

La persona infrascrita tambien autoriza a Key Risk para poder compartir cualquier tipo de información como la antemencionada con compañías reaseguradoras, abogados, consultantes de los fondos para segundas lesiones, o con paneles médicos de examinadores, CMS, organizaciones estatales de seguros o de anti-fraude, vendedores de atención supervisada, organizaciones industriales anti-fraude o del cumplimiento de la ley, organizaciones reporteras de investigaciones o de estadísticas, o el empleador de la persona infrascrita y su aseguradora de franquicia, mientras Key Risk considere que el compartir dicha información sea necesario o pertinente para poder procesar el Reclamo o el programa asegurador bajo el cual se haya hecho el Reclamo.

La información que se le divulgue a Key Risk viene de registros cuya confidencialidad está protegida por varias leyes estatales o federales. Cualquier divulgación adicional de esta información posiblemente no estará sujeta a ser protegida por ciertas regulaciones federales de privacidad. Al menos que la persona infrascrita revoque esto por escrito, esta autorización será válida por tres años despues de que Key Risk cierre el Reclamo. Una copia de esta autorización tendrá la misma validez como la original.

**Firma del Empleado** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre del Empleado** \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)

**Empleador** \_\_\_\_\_  
(Letra de molde)