

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN DE SEGURO

AUTORIZACIÓN DE PROPÓSITO LIMITADO CONFORME A HIPAA

Fecha: [Fecha]

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre: [Nombre del Asegurado]

Fecha de Nacimiento: [Fecha de Nacimiento]

Número de Seguro Social: XXX-XX-[Últimos 4]

Licencia de Conducir #: [Número] Estado: [Estado]

Número de Póliza: [Póliza #]

Número de Reclamación: [Reclamación #]

Fecha de la Pérdida: [Fecha de la Pérdida]

Ubicación de la Pérdida: [Dirección de la Propiedad]

ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo, [Nombre del Asegurado], por la presente autorizo y ordeno a todas y cada una de las siguientes partes a divulgar, revelar, proporcionar copias de, y discutir toda la información, registros, documentos, informes, comunicaciones y datos (electrónicos o físicos) relacionados con mi reclamación de seguro mencionada anteriormente a:

DESTINATARIO AUTORIZADO PRINCIPAL:

[Nombre de la Compañía de Seguros]

ATTN: [Nombre del Ajustador] - Licencia de Ajustador #: [Número]

[Dirección]

[Teléfono] | [Fax] | [Correo Electrónico]

DESTINATARIOS AUTORIZADOS ADICIONALES:

☐ Compañía Hipotecaria: [Nombre], Attn: [Departamento]

☐ Ajustador Público: [Nombre], Licencia #: [Número]

☐ Abogado: [Nombre], Colegiatura #: [Número]

☐ Contratista: [Nombre de la Compañía], Licencia #: [Número]

☐ Otro: [Nombre/Relación]

ENTIDADES AUTORIZADAS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Agencias Gubernamentales

- Agencias de aplicación de la ley (todos los departamentos que respondieron)
- Departamentos de bomberos y oficinas del jefe de bomberos
- Departamentos de construcción/aplicación de códigos
- Departamentos de salud
- Oficinas de permisos del condado/ciudad
- Agencias de gestión de emergencias
- Servicio meteorológico/Agencias meteorológicas

Servicios Profesionales

- Ingenieros y consultores estructurales
- Compañías de pruebas ambientales
- Contratistas de restauración y mitigación
- Contratistas generales y subcontratistas
- Arquitectos y diseñadores
- Ajustadores públicos
- Investigadores privados
- Compañías de seguridad

Servicios Públicos y Servicios

- Compañías de electricidad
- Compañías de gas
- Autoridades de agua/alcantarillado
- Proveedores de cable/Internet
- Compañías telefónicas
- Servicios de monitoreo de alarmas/seguridad
- Servicios de gestión de residuos

Instituciones Financieras

- Prestamistas/administradores hipotecarios
- Bancos y cooperativas de crédito

- Compañías de tarjetas de crédito (para verificación de compras)
- Compañías de seguros (aseguradoras anteriores)
- Compañías de plica

Proveedores Médicos (si está relacionado con lesiones)

- Hospitales y salas de emergencia
- Médicos y especialistas
- Instalaciones de atención urgente
- Servicios de ambulancia/SME
- Proveedores de fisioterapia
- Farmacias

Otras Entidades

- Compañías de administración de propiedades
- Asociaciones de propietarios
- Empleadores (solo para GVA/pérdida de ingresos)
- Instalaciones de almacenamiento
- Compañías de mudanzas
- Hoteles/Proveedores de vivienda temporal
- Inquilinos anteriores/actuales
- Vecinos con información relevante

INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA DIVULGACIÓN

Registros de Investigación

- Informes policiales, expedientes de casos e informes suplementarios
- Informes de investigación de incendios y determinaciones de origen/causa
- Informes de incidentes y declaraciones de testigos
- Fotos, videos y grabaciones de cámaras corporales
- Grabaciones de llamadas al 911 y registros de despacho
- Registros de evidencia y cadena de custodia
- Hallazgos de investigación criminal

Registros de la Propiedad

- Permisos de construcción y registros de inspección
- Avisos de violación de código
- Registros y evaluaciones de impuestos sobre la propiedad
- Documentos de propiedad y título
- Planos de estudio y parcela
- Planos y especificaciones arquitectónicas
- Historial de reclamaciones de seguros anteriores

Registros de Servicio

- Registros de servicio público e informes de cortes
- Registros de mantenimiento y reparación
- Registros de activación del sistema de alarma
- Historial de servicio de equipos
- Estimaciones y facturas de contratistas
- Garantías y contratos de servicio

Registros Financieros (Limitados a información relevante para la reclamación)

- Prueba de propiedad/recibos de compra
- Estados de cuenta de tarjetas de crédito (para artículos dañados)
- Estados de cuenta bancarios (para verificación de compras)
- Historial de pagos hipotecarios
- Pagos de impuestos sobre la propiedad
- Verificación de ingresos (solo para GVA)

Comunicaciones

- Correos electrónicos, mensajes de texto, mensajes de voz relacionados con la pérdida
- Órdenes de trabajo y solicitudes de servicio
- Correspondencia sobre la condición de la propiedad
- Comunicaciones relacionadas con el seguro
- Publicaciones en redes sociales relevantes para la reclamación

Registros Médicos (Si aplica)

- Registros de tratamiento de emergencia

- Resultados de pruebas diagnósticas
- Notas médicas y resúmenes de alta
- Registros de facturación por tratamiento
- Registros de prescripciones
- Informes de discapacidad/estado laboral

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Esta autorización NO incluye:

- Registros de salud mental/psiquiátricos (a menos que se inicialice específicamente aquí: __)
- Registros de pruebas o tratamiento de VIH/SIDA
- Registros de tratamiento por abuso de sustancias
- Información de pruebas genéticas
- Registros no relacionados con esta reclamación específica
- Información protegida por el privilegio abogado-cliente

LIMITACIONES DE PROPÓSITO Y USO

Esta información está autorizada para divulgación ÚNICAMENTE para los siguientes propósitos:

1. Investigación y evaluación de la reclamación de seguro #[Reclamación #]
2. Ajuste y liquidación de dicha reclamación
3. Investigación y recuperación de subrogación
4. Defensa de cualquier disputa de cobertura
5. Cumplimiento de las condiciones de la póliza
6. Investigación de fraude (si aplica)

Esta información NO puede ser utilizada para:

- Propósitos de mercadeo o solicitud
- Venta a terceros
- Suscripción de seguros no relacionados
- Propósitos de informes crediticios
- Decisiones de empleo
- Cualquier propósito no relacionado con esta reclamación específica

DURACIÓN Y REVOCACIÓN

Período Efectivo:

Esta autorización es efectiva desde [Fecha] y permanecerá en vigor por:

- ☐ Un (1) año desde la fecha de firma
- ☐ Hasta la liquidación final de la reclamación
- ☐ Hasta [Fecha Específica]
- ☐ Otro: [Especificar duración]

Derechos de Revocación:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando notificación escrita a [Nombre de la Compañía de Seguros] en [Dirección], excepto en la medida en que:

1. Ya se haya tomado acción basándose en esta autorización
2. La compañía de seguros tenga un derecho legal para impugnar la póliza o reclamación

Procedimiento de Revocación:

La revocación escrita debe enviarse por correo certificado al departamento legal de la aseguradora y será efectiva al recibirla.

REGISTROS Y COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Autorizo específicamente: ☐ Divulgación de registros y datos electrónicos

- ☐ Comunicación por correo electrónico de información protegida
- ☐ Firmas electrónicas/digitales en las divulgaciones
- ☐ Acceso a almacenamiento en la nube para archivos relevantes
- ☐ Comunicaciones por mensaje de texto
- ☐ Transferencias de archivos cifrados

VALIDEZ DE FOTOCOPIA/VERSIÓN ELECTRÓNICA

Una fotocopia, escaneo, fax o versión electrónica de esta autorización se considerará tan válida como la autorización original firmada.

RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que:

- La información de salud divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación por el destinatario y puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización
- Puedo negarme a firmar esta autorización, pero puede afectar el procesamiento de mi reclamación de seguro
- El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede estar condicionado a firmar esta autorización, excepto según lo permitido por la ley

DECLARACIÓN DE RE-DIVULGACIÓN

La información divulgada bajo esta autorización puede estar protegida por leyes federales y estatales de privacidad. La re-divulgación de esta información por el destinatario puede estar prohibida sin consentimiento específico por escrito.

INDEMNIZACIÓN

Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a cualquier persona o entidad que proporcione información de buena fe basándose en esta autorización de cualquier responsabilidad, reclamaciones o daños derivados de la divulgación de la información solicitada.

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Entiendo que cualquier persona que a sabiendas presente información falsa en relación con una reclamación de seguro puede ser culpable de un delito y estar sujeta a multas y encarcelamiento.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LA RECLAMACIÓN

Detalles de la Reclamación para Referencia:

Número de Reclamación: [Reclamación #]

Fecha de la Pérdida: [Fecha]

Tipo de Pérdida: [Fuego/Agua/Viento/Robo/Otro]

Número de Póliza: [Póliza #]

Dirección de la Propiedad: [Dirección]

Ajustador: [Nombre]

Teléfono de Reclamaciones de la Aseguradora: [Teléfono]

PREGUNTAS Y CONTACTO

Para preguntas sobre esta autorización o la información divulgada:

Persona de Contacto: [Nombre]

Título: [Título]

Teléfono: [Teléfono]

Correo Electrónico: [Correo Electrónico]

Horario: [Horario de Oficina]

FIRMAS

TITULAR DE LA PÓLIZA:

He leído y entiendo esta autorización. Estoy firmando voluntariamente y entiendo las implicaciones de esta divulgación.

[Nombre del Asegurado]

Firma: _____

Fecha: [Fecha]

Hora: [Hora]

Nombre en letra de imprenta: [Nombre Legal Completo]

Relación con la Reclamación: ☐ Asegurado ☐ Representante Autorizado

TESTIGO #1:

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: [Nombre]

Fecha: [Fecha]

TESTIGO #2 (si se requiere):

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: [Nombre]

Fecha: [Fecha]

NOTARIZACIÓN (Si lo requiere la ley estatal o la aseguradora)

Estado de [Estado]

Condado de [Condado]

En este día [Día] de [Mes], [Año], ante mí compareció personalmente [Nombre del Asegurado], quien me probó sobre la base de evidencia satisfactoria ser la persona cuyo nombre está suscrito al presente instrumento y reconoció ante mí que ejecutó el mismo en su capacidad autorizada.

Notario Público

Comisión #: [Número]

Mi Comisión Expira: [Fecha]

[Sello Notarial]

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

Recibido por: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Método: ☐ Original ☐ Fax ☐ Correo Electrónico ☐ Correo

Registrado en el Sistema: ☐ Sí Fecha: _____

Fecha de Vencimiento Anotada: _____

Este documento es proporcionado por Claim Navigator AI como una plantilla personalizable. No constituye asesoramiento legal o representación. Consulte con un abogado si tiene preguntas sobre el alcance de esta autorización.