

**Autorización para divulgar Información  
relacionada con la salud  
(Authorization to Release  
Health-Related Information)**

**The Standard Life Insurance Company of New York**

Group Dental and/or Vision Insurance  
PO Box 82629 Lincoln NE 68501 800.547.9515 Tel 402.309.2580 Fax

*Esta Autorización cumple con la Norma de Privacidad y Seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, por sus siglas en inglés)). Todos los espacios deben llenarse. (This Authorization complies with the HIPAA Privacy and Security Rule. All areas must be completed.)*

- Autorizo a The Standard Life Insurance Company of New York (The Standard) a divulgar, verbalmente o por escrito, a \_\_\_\_\_ (Receptor) la información y/o los registros de mis reclamaciones del seguro dental y/u oftalmológico para reclamación(es) o tratamiento(s) ocurridos en la(s) siguiente(s) fecha(s): \_\_\_\_\_ con el fin de  a petición mía  para el siguiente propósito: \_\_\_\_\_
- Con mi firma, reconozco que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no tiene validez para esta autorización, e instruyo a The Standard a que comunique y divulgue los registros de mis reclamaciones del seguro dental y/u oftalmológico sin restricciones, como se describió anteriormente.
- Entiendo que The Standard no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o derecho de participación para recibir los beneficios dependiendo de si firmo esta autorización o no.
- Entiendo que si The Standard divulga información de conformidad con esta autorización, la información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del Receptor y ya no estar protegida por la Norma de Privacidad y Seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha que aparece abajo. Una fotocopia o fax de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que, excepto en la medida en que The Standard se haya basado en esta autorización para divulgar los registros solicitados, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a The Standard Life Insurance Company of New York, Atención: Quality Assurance Specialist, PO Box 82629, Lincoln, NE 68501-2629.
- I authorize The Standard Life Insurance Company of New York (The Standard) to release my dental and/or vision insurance claim information and/or records, verbally or in writing, to \_\_\_\_\_ (Recipient) for claim(s) or treatment(s) occurring on the following date(s): \_\_\_\_\_ for the purpose of  at my request  for the following purpose: \_\_\_\_\_
- By my signature below, I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct The Standard to release and disclose my dental and/or vision insurance claim records as described above without restriction.
- I understand that The Standard will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether I sign this authorization.
- I understand that if The Standard releases information pursuant to this authorization, the information may be subject to re-disclosure by the Recipient and no longer protected by the Privacy and Security Rule under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- I understand that I am entitled to receive a copy of this authorization. This authorization will remain valid one year from the date below. A photocopy or facsimile of this authorization shall be as valid as the original.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization. I further understand that, except to the extent that The Standard has relied upon this authorization to disclose requested records, I have a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to The Standard Life Insurance Company of New York, Attention: Quality Assurance Specialist, PO Box 82629, Lincoln, NE 68501-2629.

**Autorización para divulgar Información  
relacionada con la salud  
(Authorization to Release  
Health-Related Information)**

The Standard Life Insurance Company of New York

Group Dental and/or Vision Insurance  
PO Box 82629 Lincoln NE 68501 800.547.9515 Tel 402.309.2580 Fax

---

Nombre del paciente (*por favor, escriba con letra de molde*)  
(Name of Patient (*please print*))

---

Fecha de nacimiento  
(Date of Birth)

---

N.º de Póliza  
(Policy No.)

---

Firma del paciente o de su representante  
(Signature of Patient or Patient's Representative)

---

Fecha  
(Date)

---

Nombre del miembro  
(Member's Name)

---

Nombre del representante del paciente  
(*por favor, escriba con letra de molde*)  
(Name of Patient's Representative (*please print*))

---

N.º de teléfono durante el día  
(Daytime Phone No.)

---

Parentesco con el paciente (*incluida la autoridad para actuar como representante del paciente*)  
(Relationship to the patient (*including authority for status as patient's representative*))