

Formulário de Liberação Médica



Envie o formulário preenchido para Global Benefits Group:

- Solicitação online: www.gbg.com
- Enviar para: customerservice@gbg.com
- Fax: +1.949.271.2330

A. INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Sobrenome	Nome	Apólice #
GBG ID #	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Telefone
Endereço	Código Postal	País
E-mail	Fax	

B. AUTORIZAÇÃO

Autorizo qualquer médico ou outro profissional de saúde, hospital ou instalação relacionada à saúde, farmácia, prestador de serviços médicos, empregador, administrador do plano de benefícios e qualquer Agência Governamental Federal, Estadual ou Local, a receber cópia completa de toda e qualquer informação médica para uso e divulgação, conforme descrito nesta autorização. Além disso, liberar quaisquer informações médicas e outras em sua posse ou controle para o Global Benefits Group (GBG) e/ou seus advogados, diretamente ou através de um agente representativo agindo em seu nome, toda e qualquer informação médica que eles possam solicitar, incluindo, mas não limitado a, registros médicos, relatórios, gráficos, X.notas de raios-x, filmes e resultados de laboratório.

Também autorizo a liberação de todas as informações médicas sobre diagnóstico, cuidados e tratamento de abuso de álcool, abuso de drogas ou saúde mental. Além disso, autorizo a liberação de todos e quaisquer registros e declarações de faturamento em sua posse ou controle.

Também autorizo a GBG, seus representantes ou seus agentes a liberar informações obtidas de acordo com esta autorização para prestadores de serviços de saúde, seguradoras, resseguradoras ou administradores de sinistros e qualquer agência governamental, conforme julgar apropriado, exclusivamente com a finalidade de avaliar e administrar qualquer solicitação de benefícios. Entendo ainda que as informações podem ser divulgadas da seguinte forma:

- Para outras pessoas ou organizações que executam serviços comerciais ou jurídicos em conexão com qualquer solicitação;
- Que possam ser exigidas por lei;
- Para qualquer pessoa ou representante legalmente autorizado, indicados por mim; indique o (s) nome (s) dos representantes autorizados: _____
- Que eu possa autorizar adicionalmente; ou conforme necessário para prevenir ou detectar a perpetração de fraude.

Esta "Autorização para Liberação de Informações" está sujeita a revogação a qualquer momento, exceto na medida em que a ação tenha sido tomada com base neste documento e, caso não tenha sido revogada anteriormente por escrito, permanecerá válida por 2 (dois) anos a partir da data da sua assinatura. Concordo que uma fotocópia, cópia enviada por e-mail ou por FAX da autorização seja considerada válida como o documento original. Sei que posso solicitar o recebimento de uma cópia desta Autorização.

Nome do Segurado	Pais ou Tutores Legais Devidamente Nomeados Nota: Anexe prova de tutela legal/Curatela, etc.
Nome:	Nome:
Assinatura: Ao digitar meu nome neste formulário, assino eletronicamente, e esta assinatura eletrônica é legalmente equivalente à minha assinatura manual por escrito.	Assinatura: Ao digitar meu nome neste formulário, assino eletronicamente, e esta assinatura eletrônica é legalmente equivalente à minha assinatura manual por escrito.
Data:	Data:

Aviso de Processamento Justo

O GBG Group consiste em empresas de seguro, agências e empresas de gestão, bem como empresas de assistência e operações. Respeitamos a sua privacidade e estamos comprometidos com a proteção da sua informação pessoal.

A nossa política de privacidade estabelece os seus direitos à privacidade e como a lei o protege. Isto inclui informação sobre como coletamos e processamos sua informação pessoal. Nossa política de privacidade pode ser encontrada no nosso website <https://www.gbg.com/#/AboutGBG/PrivacyPolicy>. Aconselhamos que você leia a política para entender os seus direitos e seus dados pessoais usados pelo GBG Group.