Acuerdo de Subrogación

Nombre del Miembro:_____

Número de identificación del miembro de su tarjeta IMG (Member ID)_____

International Medical Group® (IMG ®) pide que firme y devuelva a nosotros la siguiente Declaración de Subrogación / Acuerdo de Pago como parte del proceso de su reclamo recientemente presentado bajo el Programa de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC. Esta declaración sirve como su aceptación de reembolsar a IMG para cualquier pago recuperado de cualquier tercero culpable o su compañía(s) de seguro y / o por la totalidad o parte de un reclamo que fue reembolsado o pagado en error o basado en información incorrecta o previamente desconocido. La cantidad del reembolso se limita sólo a los beneficios pagados a usted o en su nombre por IMG. IMG actúa como el administrador del Programa de Beneficios de Salud AmeriCorps NCCC. Cualquier pago recuperado por IMG en el presente Acuerdo será devuelto a Corporation for National and Community Service (CNCS), el benefactor de AmeriCorps NCCC.

También IMG solicita que nos notifique lo antes posible en relación con cualquier recuperaciones recibidas de o acuerdos realizados con cualquier otra compañía de seguro o terceros.

IMG Departamento de Reclamos

Declaración del Acuerdo de Reembolso por Subrogación:

Yo,_____ conformo al reembolsar a la Compañía (IMG®) cualquier pago de cualquier suma recibido por mí o de parte de cualquier tercero culpable, o su(s) asegurador(es), hasta el límite de los beneficios pagados a mí o por mi parte por la Compañía (IMG®).

Fechado el día_____ del mes de _____ , _____

_____
Firma del Miembro

Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímile. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.