



SOLICITUD PARA COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

Fecha de la solicitud: _____
(Mes/día/año)

Nombre del miembro: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Número de ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____
(Mes/día/año)

Dirección del miembro: _____
Dirección física

Ciudad Estado Código postal

Nombre del solicitante (Si es distinto al miembro): _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Relación del solicitante con el miembro: _____
(Nota: En los archivos de Anthem debe haber permiso por escrito de modo que la información que se está solicitando pueda ser divulgada. Si este permiso no está en archivos, solicite un formulario para Designar un representante personal y envíelo a Anthem. Esto no es necesario para el padre de un niño menor.)

Número telefónico del solicitante: _____

Motivo para usar una dirección distinta:

Complete ambos lados de este formulario.

Esta solicitud es para todo el correo entregado en el futuro. Esto no cambiará la dirección del miembro listada con el estado o la Social Services Administration (SSA). Todas las comunicaciones futuras de Anthem serán enviadas a la dirección que detalla a continuación:

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico (si es distinto al listado anteriormente):

Nombre y firma del solicitante o miembro:

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Documentos adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
Aviso de no discriminación

anthem.com/inmedicaid

**Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan
y Hoosier Care Connect**

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.