

Authorized Representative Form



I authorize the person named below to be my Personal Representative, to act on my behalf to make decisions related to my Tufts Health Plan coverage, as if I were doing so myself.

Member Name:	
Member ID#:	<input type="text"/>
Member Address:	
Member City/State/Zip:	
Member Date of Birth:	Member Phone #:

Name of Personal Representative:	
Relationship to Member:	Address:
	City/State/Zip:
Phone:	Email (optional):

This Personal Representative is being appointed to act on my behalf with regard to any matter related to my insurance coverage and benefits provided by Tufts Health Plan. This includes acting on my behalf to share my health information with the Plan and/or to request my health information from the Plan, as it relates to enrollment, premium payments, benefits, claims, address changes, PCP changes, requests for special communications, and/or assistance with complaints, grievances or appeals. I understand that I have a right to revoke this appointment in writing at any time and to send my written revocation to Tufts Health Plan at the address listed below. This appointment will remain in effect for 1 year from signature unless I specify an earlier expiration date here:

I represent that the signature below is my own and that I am authorized to sign this document.	
Member Signature: SIGN HERE →	<i>If an authorized representative is signing here, documentation verifying representation is required.</i>
<i>Print Name:</i>	<i>Date:</i>
Relationship to Member, if signed by someone other than Member: <i>(documentation required) >>>>>></i>	
Personal Representative Signature <i>(indicates agreement to serve acting on behalf of the member)</i> SIGN HERE →	
<i>Print Name:</i>	<i>Date:</i>

Please Fax this Completed Form to: 857-304-6343
Or mail it to: Tufts Health Plan, Mail Stop 48, 705 Mt. Auburn St., Watertown, MA 02471-9194

If you have any questions about this form, please contact Member Services at: **1-888-257-1985** (TTY: 711). Representatives are available Monday-Friday, 8:00 a.m.-5:00 p.m.

Formulario de Representante Autorizado



Autorizo a la persona indicada más abajo a que sea mi Representante Personal, a actuar en mi nombre para tomar todas las decisiones relacionadas con mi cobertura del Tufts Health Plan, como si lo hiciera yo mismo.

Nombre del miembro:	
N.º de ident. del miembro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección del miembro:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento del miembro:	Teléfono del miembro:

Nombre del Representante Personal:	
Relación con el miembro:	Dirección:
	Ciudad/estado/código postal:
Teléfono:	Correo electrónico (opcional):

Este Representante Personal se nombra para que actúe en mi nombre con respecto a cualquier cuestión relacionada con la cobertura de mi seguro y mis beneficios provistos por Tufts Health Plan. Esto incluye actuar en mi nombre para compartir mi información médica con el Plan y/o solicitar mi información médica al Plan, que se relacione con la inscripción, pago de primas, beneficios, reclamaciones, cambios de dirección, cambios de proveedor primario de cuidados médicos, solicitud de mensajes especiales y/o asistencia con quejas, agravios o apelaciones. Entiendo que tengo el derecho a cancelar este nombramiento por escrito en cualquier momento y enviar mi cancelación por escrito al Tufts Health Plan a la dirección listada más abajo. Este nombramiento permanecerá en efecto durante un año desde el día de su firma a menos que yo especifique una fecha de vencimiento anterior aquí:

Declaro que la firma que sigue es la mía propia y que tengo la autorización para firmar este documento.

Firma del miembro:
FIRME AQUÍ

Si un representante autorizado firma aquí, se requiere documentación para verificar la representación.

Escriba su nombre:	Fecha:
Relación con el miembro, si firmó una persona que no es el miembro (requiere documentación):	<input type="text"/>

Firma del representante personal (indica acuerdo para desempeñarse actuando en nombre del miembro):

FIRME AQUÍ →

Escriba su nombre:	Fecha:
---------------------------	---------------

Por favor, envíe este formulario completado por fax al: 857-304-6343

O por correo a: Tufts Health Plan, Mail Stop 48, P.O. Box 9194, Watertown, MA 02471-9194

Si tiene preguntas sobre este formulario, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-888-257-1985** (TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.