



REQUEST FOR CONFIDENTIAL BRIOVARX COMMUNICATIONS AT AN ALTERNATIVE ADDRESS OR BY ANOTHER MEANS

BriovaRx® occasionally provides you with confidential communications regarding the services you receive. You can use this form to request to have those communications redirected to a different address or distributed by a different method than usual. We will honor reasonable requests.

This form applies only to confidential communications from BriovaRx. If you are interested in redirecting other confidential communications or need to update the address or phone number on file with your plan, please contact your plan directly.

If your request is accepted, BriovaRx will send written materials to the address you provide and/or call you at the alternative phone number you supply on this form. We will continue to do this until you tell us not to in writing.

To change or revoke your request, you must fill out a new form. If you move or want BriovaRx to communicate confidentially with you at another address, you must complete and submit a new form. Requests to redirect confidential communications about services you receive from BriovaRx cannot be made through your plan's usual enrollment process.

BriovaRx will respond to requests submitted by your authorized representative, such as a parent, court-appointed representative or other family member, provided the representative is authorized by you to receive your protected health information (PHI). However, we may ask for more information from you or your authorized representative to verify the right to act on the your behalf.

If you have questions about this form, please call the privacy office at **1-877-598-3646**.



SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE BRIOVARX A UNA DIRECCIÓN ALTERNATIVA O POR OTROS MEDIOS

Ocasionalmente, BriovaRx® le envía comunicaciones confidenciales sobre los servicios que usted recibe. Usted puede usar este formulario para solicitar que dichas comunicaciones se envíen a una dirección diferente o se distribuyan por un método diferente del habitual. Concederemos las solicitudes razonables.

Este formulario se aplica únicamente a las comunicaciones confidenciales de BriovaRx. Si usted está interesado en que otras comunicaciones confidenciales se envíen a una dirección o a un número de teléfono diferente del que está registrado en su plan, comuníquese directamente con su plan para que actualice esos datos.

Si se acepta su solicitud, BriovaRx enviará documentos impresos a la dirección que usted brinde y/o lo llamará al número de teléfono alternativo que usted indique en este formulario. Continuaremos haciendo esto hasta que usted nos indique lo contrario por escrito.

Para modificar o revocar su solicitud, debe llenar un nuevo formulario. Si se muda o desea que BriovaRx se comunique confidencialmente con usted a otra dirección, debe llenar y presentar un nuevo formulario. Las solicitudes de cambio de datos de envío de las comunicaciones confidenciales sobre servicios que usted recibe de BriovaRx no se pueden realizar a través del proceso de inscripción habitual de su plan.

BriovaRx responderá a las solicitudes presentadas por su representante autorizado (p. ej., su padre o madre, un representante designado judicialmente u otro miembro de la familia) siempre que el representante esté autorizado por usted para recibir su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Sin embargo, es posible que le solicitemos más información a usted o a su representante autorizado para verificar el derecho a actuar en su nombre.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la oficina de privacidad en **1-877-598-3646**.

REQUEST FOR CONFIDENTIAL BRIOVARX COMMUNICATIONS AT AN ALTERNATIVE ADDRESS OR BY ANOTHER MEANS | SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE BRIOVARX A UNA DIRECCIÓN ALTERNATIVA O POR OTROS MEDIOS

Use this form to request that BriovaRx communicate with you by another means or at a different address. When filling out this form, please complete all sections, print information clearly and provide your most current information. | Use este formulario para solicitar que BriovaRx se comunique con usted por otros medios o a una dirección diferente. Cuando llene este formulario, complete todas las secciones, escriba en letra de imprenta clara y brinde su información más actual.

1 Member information | Información sobre el miembro (please provide current information | proporcione información actual)

Last Name <i>Apellido</i>	First Name <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial del 2.º Nombre</i>
Mailing Street Address <i>Dirección Postal</i>		Apt. # <i>N.º de Apto.</i>
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	ZIP <i>Código Postal</i>
Date of Birth (mm/dd/yyyy) <i>Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)</i>		Gender <i>Sexo</i> O M O F
Phone Number with Area Code <i>Número de Teléfono con Código de Área</i>		

2 Alternative address or means | Dirección o medios alternativos

Please provide the address and/or phone number where you would like to receive future communications from BriovaRx. The address must be different than the Subscriber's address or permanent address on record with BriovaRx. If you provide an alternative address, BriovaRx will send written communications to this address until you tell us in writing to use another. | *Indique la dirección y/o el número de teléfono donde quisiera recibir futuras comunicaciones de BriovaRx. La dirección debe ser diferente de la dirección del Suscriptor o de la dirección permanente registrada en BriovaRx. Si proporciona una dirección alternativa, BriovaRx enviará comunicaciones escritas a esa dirección hasta que usted nos indique por escrito que usemos otra.*

Address <i>Dirección</i>	Apt. # <i>N.º de Apto.</i>
City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>
Phone Number with Area Code <i>Número de Teléfono con Código de Área</i>	

Please state the alternative means you would like BriovaRx to use when communicating with you (if applicable) *Indique los medios alternativos que quisiera que use BriovaRx cuando se comunique con usted (si corresponde):*



3 Member/authorized representative signature | Firma del miembro/representante autorizado

I want BriovaRx to communicate with me at the address or phone number, or in the manner requested above. | *Deseo que BriovaRx se comuniqué conmigo a la dirección o al número de teléfono, o de la manera solicitada más arriba.*

X _____
Member Signature | *Firma del Miembro* _____
Date | *Fecha*

X _____
Authorized Representative Signature (if applicable) | _____
Firma del Representante Autorizado (si corresponde) Date | *Fecha*

Important: If legal documentation is not on file with BriovaRx, the authorized representative, including the parent, legal guardian, or executor of an estate, must attach a copy of legal documentation to this form. | *Importante: Si BriovaRx no tiene archivada ninguna documentación legal, el representante autorizado (p. ej., el padre o la madre, el tutor legal o el albacea de un patrimonio) debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.*

Authorized Representative's Name | *Nombre del Representante Autorizado*

Phone Number with Area Code | *Número de Teléfono con Código de Área*

Mailing Street Address | *Dirección Postal* _____
Apt. # | *N.º de Apto.*

City | *Ciudad* State | *Estado* ZIP | *Código Postal*

Relationship to Member and Authority to Act for Member | *Relación con el Miembro y Autoridad para Actuar por el Miembro*

Please mail the completed form to | *Llene y envíe el formulario por correo a:*

**BriovaRx
Privacy Office
17900 Von Karman,
Mail Stop: CA016-0102
Irvine, CA 92614**

4 or fax to | *o fax al: 1-888-905-9490.*

