



Envíe el formulario completo y firmado a:
Florida Blue
P.O. Box 1798
Jacksonville, FL 32231

Solicitud de Acceso o Eliminación de Registros de PII en la Plataforma EDE

Usted puede utilizar este formulario para solicitar una copia o la eliminación de registros que contengan su información de identificación personal (“Registros de PII”) mantenidos por Florida Blue en relación con la operación de su Plataforma de Inscripción Directa Mejorada (“Plataforma EDE”). Complete cada sección de este formulario. De acuerdo con nuestra Política de Privacidad de la Plataforma EDE, podríamos tener derecho bajo la ley aplicable a denegar o limitar su solicitud de acceso o eliminación de los Registros PII.

Información del Solicitante (Requerida):

ID de Solicitud EDE del Mercado de Seguros Médicos		Fecha de nacimiento	
Nombre		Inicial de segundo	
Apellido			
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono			

Acción Solicitada para PII de EDE Aplicable:

<input type="checkbox"/> Obtener una copia de los registros de PII	<input type="checkbox"/> Eliminar los registros de PII
--	--

Tenga en cuenta que también puede acceder a su PII al iniciar sesión en la Plataforma EDE y verificar su identidad.

Para corregir sus registros PII de EDE, no envíe este formulario. En su lugar, actualice su información con nosotros. Inicie sesión en su cuenta de EDE, verifique su identidad, revise su solicitud y vuelva a enviar su información de solicitud a través de nuestra Plataforma EDE.

Registros de PII Accesibles: Se proporcionarán registros de PII para todas las personas asociadas con su ID de Solicitud EDE del Mercado de Seguros Médicos.

Forma de Acceso Solicitada: Podemos enviar por correo postal o correo electrónico sus registros de PII si se pueden generar en el formato solicitado. Si no, proporcionaremos una copia impresa o electrónica según lo acordado por Florida Blue y usted. Marque la casilla correspondiente para la opción que prefiera e ingrese su información a continuación.

Opción 1 – Correo

Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Opción 2 – Correo electrónico

Dirección de correo electrónico

Al elegir la entrega por correo electrónico, usted reconoce y acepta el riesgo de seguridad asociado con la transmisión por correo electrónico, incluido el riesgo de que sus registros de PII pudieran ser vistos o recibidos por alguien que no sea el destinatario previsto.

Firme aquí	Fecha
------------	-------

Marque aquí y complete la sección de Información del Representante Personal a continuación si está firmando este formulario como representante personal del solicitante.

Información del Representante Personal: Si el solicitante no puede firmar este formulario, un representante personal puede firmar, completar y enviar este formulario en nombre del solicitante. Un representante personal es alguien que tiene el derecho legal de firmar este formulario en nombre del miembro. **Adjunte pruebas de que usted es el representante personal del miembro (por ejemplo, Poder Notarial [Power of Attorney]). No podemos aceptar este formulario sin esa documentación.**

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.