



Accident ExpenseGuard

Seguro por Lesiones Accidentales

Cobertura de Gastos Médicos Complementarios por Accidentes

Índice

¿Por Qué Elegir Accident ExpenseGuard?	2	Exclusiones y Limitaciones	6
Qué Incluye la Cobertura	3	Aviso de Prácticas de Privacidad	8
Cobertura de Accidentes	4	Otros Avisos	11
Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)	5		

Este producto proporciona beneficios limitados.

Esta es una póliza de Accidentes que incluye beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento. Este es un complemento del seguro médico y no sustituye la cobertura médica principal.

Golden Rule Insurance Company es la aseguradora de estos planes de seguro.

Formularios de las pólizas APG-GRI, -50 (AK), 01 (AL), -02 (AZ) -03 (AR), -04 (CA), -05 (CO), -06 (CT), -07 (DE), -08 (DC) -09 (FL), -10 (GA), -51 (HI), -11 (ID), -12 (IL), -13 (IN), -14 (IA), -15 (KS) -17 (LA), -18 (ME), -19 (MD) -21 (MI), -22 (MN), -23 (MS), -24 (MO), -25 (MT), -26 (NE), -27 (NV), -32 (NC), -34 (OH), -35 (OK), -36 (OR), -37 (PA), -38 (RI), -39 (SC), -40 (SD), -41 (TN), -42 (TX), -43 (UT), -45 (VA), -47 (WV), -48 (WI) y -49 (WY)

Este es solo un resumen y su objetivo no es servir como una interpretación legal de los beneficios. Se hizo todo lo posible para que este resumen represente el propósito del lenguaje contractual. Sin embargo, dicha redacción es independiente y la versión en inglés de la póliza determinará todos los términos de la cobertura. Pueden aplicarse diferencias específicas en cada estado.

La versión en inglés de la póliza respectiva rige en todos los aspectos y prevalecerá en caso de que se presente cualquier disputa e inconsistencia, si la hubiera, con esta versión traducida. Las declaraciones de este documento no reflejan necesariamente el contenido de la póliza en inglés, debido a las posibles diferencias lingüísticas. Este folleto se proporciona para su conocimiento solamente y puede encontrar una versión en inglés en www.uhone.com/about-us/legal/exclusions-limitations.

Este documento sólo puede utilizarse como enlace directo durante la cotización en el estado o los estados específicos en los que se proporciona. Aunque los documentos traducidos, incluida la solicitud y la póliza/certificado puedan aparecer en otros estados, es posible que no estén disponibles en dichos estados.

 **UnitedHealthcare®**
Golden Rule
Insurance Company

45395BSP-G-0821

¿Por Qué Elegir Accident ExpenseGuard?

Porque esto afecta a su familia, su hogar y su estilo de vida:

SALARIOS PERDIDOS POR FALTAR AL TRABAJO

DEDUCIBLES ALTOS DEL SEGURO DE SALUD

FACTURAS IMPAGAS

GASTOS MÉDICOS NO PAGADOS POR EL SEGURO

PROTEJA SU ESTILO DE VIDA
Faltar al trabajo debido a una lesión accidental puede ocasionar que pierda salarios. Accident ExpenseGuard puede ayudar.

CUIDE A SU FAMILIA

Una lesión grave puede afectar a toda la familia. Accident ExpenseGuard puede ayudarle a pagar gastos médicos, lo cual le permite que se centre en la recuperación.



NO DEBE RESPONDER PREGUNTAS MÉDICAS PARA CALIFICAR
Obtenga beneficios para gastos inesperados relacionados con un accidente. Deje que Accident ExpenseGuard le ayude.

El hogar estadounidense promedio tiene menos de **\$5,300** en sus cuentas de ahorros.

— www.ValuePenguin.com

Encuesta de la Reserva Federal de 2019



¿Qué es Accident ExpenseGuard?

Pago de gastos relacionados con un accidente que se le realiza a usted de forma directa. Estos planes tienen emisión garantizada; seleccione cualquier nivel de beneficio sin tener que responder preguntas médicas.



Elija cuánta cobertura por lesiones accidentales desea.

1

ELIJA EL BENEFICIO POR LESIÓN ACCIDENTAL

Este es un monto de beneficio máximo anual que se renueva cada año.



2

BENEFICIO POR AD&D INCLUIDO

en cada plan. (Es igual al monto por lesión accidental).

NO DEBE RESPONDER PREGUNTAS MÉDICAS PARA CALIFICAR

ACCIDENT EXPENSEGUARD

DEDUCIBLE POR LESIÓN ACCIDENTAL¹ (por persona cubierta, hasta 2 por familia, por año calendario)	Usted paga:	\$250
MONTO DEL BENEFICIO POR LESIÓN ACCIDENTAL (por persona cubierta, por año calendario) ²	Pagamos hasta:	\$5,000, \$7,500, \$10,000, \$15,000 o \$20,000
MONTO DEL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) (por persona cubierta, máximo de por vida)	Pagamos hasta:	\$5,000, \$7,500, \$10,000, \$15,000 o \$20,000 (Según el monto por lesión accidental seleccionado)

¹ En CA, no hay deducible.

² Los cargos reales se determinarán a partir de una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro seguro. Si no hay una EOB disponible, los cargos por accidentes cubiertos se pagarán en función de los cargos razonables y habituales, según lo determinemos nosotros.





SERVICIOS CUBIERTOS LESIÓN ACCIDENTAL

Accident ExpenseGuard puede pagar los gastos cubiertos, independientemente de los beneficios que reciba de otra cobertura de seguro. Los beneficios no se basan en lo que otra cobertura, como el seguro de salud, pague. Los siguientes servicios o tratamientos relacionados con un accidente son algunos de los que están cubiertos:

TRATAMIENTO DENTRO DE LAS 48 HORAS¹

Quemaduras o Laceraciones

Contusión Diagnosticada

Visita a la Sala de Emergencias

Visita al Centro de Atención de Urgencia

TRATAMIENTO DENTRO DE LOS 30 DÍAS

Ambulancia

Análisis de Laboratorio y Radiografías

Servicios de Anestesia

Resonancias Magnéticas Y Tomografías Computarizadas

Visitas al Médico

Recetas

Fracturas²

Dispositivos Protésicos

Hospitalización/UCI

Cirugía²

¹ UT: tratamiento dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible.

² IN: tratamiento dentro de los 6 meses.

³ Se requiere una prima adicional para agregar dependientes al plan.

⁴ CA: sin deducible



Cada año, millones de personas se lesionan y sobreviven.

— www.cdc.org

Centros para el Control de Enfermedades,
Datos de la WISQARS de 2019

Ejemplo de lesión accidental

Nivel de beneficios de \$10,000

La hija de Olivia³ está jugando al aire libre y se cae de la tarima. Olivia llama a una ambulancia para llevar a su hija al hospital, donde recibe tratamiento por una contusión y un brazo roto. Aunque está agradecida porque el daño podría haber sido peor, Olivia ahora debe \$8,507 en gastos médicos.

Beneficio total pagado a Olivia:
(beneficio de \$8,507 - deducible de \$250)⁴

\$8,257



USE ESTE DINERO
**COMO CONSIDERE
CONVENIENTE**

A Olivia se le paga este beneficio, independientemente de los beneficios pagados por otro seguro, y aún le quedan \$1,743 del beneficio por accidente de su hija (así como \$10,000 de su propia cobertura por accidentes) para el resto del año. Los beneficios se renuevan el año siguiente.

Todos los reembolsos por servicios cubiertos se aplican después de un deducible de \$250 por año calendario⁴ y luego se pagan hasta el máximo por año calendario seleccionado. Los detalles y límites de cobertura se enumeran en la póliza.

Las personas y los eventos que se muestran aquí son ficticios y no representan casos reales.





DESMEMBRAMIENTO CUBIERTO AD&D

El monto del beneficio por muerte accidental y desmembramiento (Accidental Death & Dismemberment, AD&D) es igual al monto del beneficio por lesión accidental seleccionado, por lo que se paga junto con otras lesiones que son resultado de un accidente, sujeto al máximo de por vida. El desmembramiento o la muerte como resultado de un accidente deben ocurrir dentro de los 30 días* posteriores al accidente. Todos los beneficios se pagan al asegurado o beneficiario.

% DE BENEFICIO PAGADO AD&D

Muerte como resultado de una lesión accidental dentro de los 30 días* posteriores a un accidente cubierto. 100%

Pérdida de:	
Dos o más extremidades	100%
Dos o más manos o pies	100%
Una extremidad	50%
Una mano o pie	50%
Dedos pulgar e índice de la misma mano	25%

* AR, IL, MD, ME, OK, TX y VA: dentro de los 90 días. UT: dentro de los 180 días. PA: el período de 30 días no se aplica a muerte como resultado de un accidente. VA: si el miembro cubierto está totalmente incapacitado dentro de los 30 días posteriores al accidente, el beneficio por AD&D se aplica dentro de un año.



¿Por Qué Elegir Accident ExpenseGuard?



El costo mínimo de una prótesis ortopédica es de \$3,000 para un brazo y de \$5,000 para una pierna.

— www.disabled-world.com

Disabled World, publicado en mayo de 2009
Actualizado en diciembre de 2020

Ejemplo de AD&D

Nivel de beneficio de \$7,500

A Jerry no le gusta hablar sobre ese accidente que le hizo perder el pie. Sin embargo, puede hablar con gusto sobre lo útil que fue su plan Accident ExpenseGuard en ese momento. Había elegido el nivel de beneficios por accidentes de \$7,500. Ese monto de \$7,500 y los \$3,750 adicionales de cobertura por AD&D le ayudaron a cubrir sus gastos hospitalarios y de rehabilitación, a obtener un pie protésico y a volver pronto a trabajar en su Máster en Administración de Empresas (Master in Business Administration, MBA).

50% del pago del beneficio por la pérdida de un pie:

\$3,750



USE ESTE DINERO
**COMO CONSIDERE
CONVENIENTE**

Las personas y los eventos que se muestran aquí son ficticios y no representan casos reales.

Porque Accident ExpenseGuard combina la cobertura por accidentes de emisión garantizada con beneficios de AD&D para ayudarle a prepararse para lo inesperado.

Otros Detalles (todos los planes de seguro)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones de la póliza. No es un contrato de seguro, ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Minnesota
Alaska	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Montana
California	Nebraska
Colorado	Nevada
Connecticut	North Carolina
Delaware	Ohio
DC	Oklahoma
Florida	Oregon
Georgia	Pennsylvania
Hawaii	Rhode Island
Idaho	South Carolina
Illinois	South Dakota
Indiana	Tennessee
Iowa	Texas
Kansas	Utah
Louisiana	Virginia
Maine	West Virginia
Maryland	Wisconsin
Michigan	Wyoming

Detalles básicos de la póliza

Pueden aplicarse diferencias específicas de cada estado.

Exclusiones o Limitaciones

No se pagan beneficios o se pagan beneficios limitados por cualquier pérdida causada o que resulte de lo siguiente, o que se relacione con ello:

- Diagnóstico o tratamiento que no es necesario desde el punto de vista médico.
- Cualquier accidente cerebrovascular.
- Cualquier acto de guerra; o lesión corporal autoinfligida intencionalmente.
- Participación en un disturbio; o comisión o intento de cometer un delito grave.
- Servicio activo en las fuerzas armadas o en fuerzas auxiliares relacionadas.
- Una persona cubierta que está intoxicada, según lo definido por la ley estatal vigente.
- Cualquier servicio o internación relacionados con el tratamiento de terapia para trastornos mentales o abuso de sustancias (trastorno por consumo de sustancias de AR).
- Infecciones de cualquier tipo, independientemente de cómo se contraigan.
- Operar un taxi o cualquier otro transporte de pasajeros por salario, compensación o ganancia.
- Cualquier lesión sufrida mientras se le paga para participar o para instruir en equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí, o escalada en roca o montaña.
- Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, guía o acompaña a otras personas en deportes (semiprofesionales o profesionales, o interuniversitarios, sin incluir deportes intramuros), saltos en paracaídas, ala delta, caída libre, bungee jumping, parapente, carreras o pruebas de velocidad, rodeo deportivo, o buceo/buceo libre (a más de 60 pies de profundidad).
- Una lesión o enfermedad que resulte de un empleo o en el transcurso de este, en el que obtiene salario o ganancia.
- Tratamiento experimental o de investigación.
- Tratamiento estético.
- Terapia vocacional o recreativa, rehabilitación vocacional, terapia del habla ambulatoria o terapia ocupacional.

- Gastos incurridos fuera de los Estados Unidos.
- Equipo médico duradero.
- Un aborto electivo, excepto para preservar la vida de la mujer (solo para ID).
- Los gastos de un referido prohibido son obligatorios según la ley y las regulaciones de Maryland (solo para MD).

No Coordinación de Beneficios por Accidentes

Accident ExpenseGuard le paga beneficios incluso si tiene otra cobertura médica. Para determinar el beneficio de reclamación de un accidente, deberá presentar una Explicación de Beneficios (EOB) con su formulario de reclamación. La EOB se utilizará para determinar los cargos reales del proveedor médico después de aplicar ajustes, descuentos o asignaciones.

Elegibilidad

Al momento de presentar la solicitud, el asegurado principal y el cónyuge (según lo definido por el estado) deben tener entre 18 y 64 años de edad (renovable a los 70 años), mientras que los hijos elegibles deben tener entre 0 y 25 años (finaliza al cumplir 26 años), o según lo requiera el estado.

Datos Erróneos sobre Edad, Género o Consumo de Tabaco

Si se proporcionan datos erróneos sobre la edad, el género o el consumo de tabaco de la persona cubierta en la solicitud de cobertura en virtud de la póliza, es posible que los beneficios se ajusten según la prima pagada y la prima que se debería haber pagado, o bien, cualquier prima futura podría ajustarse y las primas anteriores podrían ser reembolsadas o adeudadas a nosotros según la información correcta de edad, género o consumo de tabaco.

Si se han proporcionado datos erróneos sobre la edad de una persona cubierta y no hubiéramos emitido cobertura para esa persona cubierta, reembolsaremos la prima pagada, menos cualquier monto de beneficio pagado por nosotros, y la cobertura se anularía a partir de la fecha de entrada en vigencia.

Otros Detalles (todos los planes de seguro)

Esto es solo una descripción general de las disposiciones y exclusiones de la póliza. No es un contrato de seguro, ni forma parte de la póliza de seguro. Encontrará detalles completos en la póliza.

Este folleto puede utilizarse en los siguientes estados:

Alabama	Minnesota
Alaska	Mississippi
Arizona	Missouri
Arkansas	Montana
California	Nebraska
Colorado	Nevada
Connecticut	North Carolina
Delaware	Ohio
DC	Oklahoma
Florida	Oregon
Georgia	Pennsylvania
Hawaii	Rhode Island
Idaho	South Carolina
Illinois	South Dakota
Indiana	Tennessee
Iowa	Texas
Kansas	Utah
Louisiana	Virginia
Maine	West Virginia
Maryland	Wisconsin
Michigan	Wyoming

Aviso de Reclamación

Debemos recibir un aviso de reclamación dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que comenzó la pérdida, o tan pronto como sea razonablemente posible, si así lo requiere su estado.

Prima

La edad, el género y el consumo de tabaco de una persona cubierta, y el tipo y el nivel de cobertura son algunos factores que podrían utilizarse para determinar la tarifa de su prima. Se le notificará con al menos 31 días de anticipación (o más si así lo requiere su estado) sobre cualquier cambio en su prima.

No realizaremos ningún cambio en su prima únicamente debido a reclamaciones realizadas por una persona cubierta en virtud de esta póliza o un cambio en la salud de una persona cubierta.

Definición Razonable y Habitual

Nuestro cargo razonable y habitual se basa en el cargo más frecuente por servicios profesionales, medicamentos o suministros similares dentro del área en la que se incurre en el cargo.

Renovación y Terminación

La póliza es renovable hasta que ocurra la primera de las siguientes:

- El cumpleaños n.º 70 o el fallecimiento del asegurado principal. Si la póliza incluye dependientes, esta puede continuarse después del fallecimiento o el cumpleaños n.º 70 del asegurado principal:
 - A través del cónyuge, si es una persona cubierta
 - De lo contrario, a través de un hijo elegible que sea una persona cubierta;

Para residentes de Wyoming:

Esta póliza no contiene beneficios integrales de bienestar para adultos según lo define la ley de Wyoming.

- Falta de pago de las primas a su vencimiento, sujeto a la disposición del período de gracia de la póliza;
- La fecha en que recibamos una solicitud de su parte para rescindir la póliza; o
- La fecha en que haya un fraude o una tergiversación realizada por una persona cubierta o con conocimiento de esta.

AVISOS DEL PLAN DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales mencionadas al final de este aviso) estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que le explica cómo podemos usar su información y en qué casos podemos entregar o "divulgar" dicha información a otros. También tiene derechos relacionados con su información médica que se describen en este aviso. Por ley, estamos obligados cumplir con los términos de este aviso. Los términos "información" o "información médica" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente se pueda usar para identificarle y que se relacione con su salud física o mental, el suministro de atención médica o el pago de tal atención médica. Cumpliremos con las exigencias de las leyes de privacidad vigentes relacionadas con su aviso en caso de que ocurra una filtración de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si hacemos un cambio material de nuestras prácticas de privacidad, le enviaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso actualizado o información sobre el cambio material y cómo obtener el aviso actualizado. Le enviaremos esta información por correo directo o electrónicamente, según lo permita la ley vigente. En todos los casos, publicaremos el aviso revisado en nuestros sitios web, como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo cualquier aviso revisado o cambiado respecto de la información que ya tenemos y de la que recibiremos en el futuro. Recopilamos y mantenemos información oral, escrita y electrónica para administrar nuestra empresa y proporcionar productos, servicios e información importante a nuestros clientes. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento en la manipulación y mantenimiento de la información de nuestros afiliados de acuerdo con los estándares federales y estatales vigentes, para protegerla de riesgos, como la pérdida, la destrucción o el uso indebido.

Cómo usamos o compartimos la información. Debemos usar y divulgar su información médica a fin de proporcionar información:

- A usted y cualquiera que tenga el derecho legal de decidir por usted (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para asegurarnos de que su privacidad esté protegida.

Nos reservamos el derecho de usar y divulgar la información médica para su tratamiento, para pagar por su atención médica y para operar nuestra empresa. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que se nos deban, para determinar su cobertura y para procesar reclamaciones por servicios de salud que usted reciba, incluida la subrogación o coordinación de otros beneficios que usted pueda tener. Por ejemplo, le podemos informar al médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de su factura se cubre.
- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar o divulgar información médica para ayudarle en su tratamiento o en la coordinación de su atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar información a sus médicos u hospitales para ayudarles a brindarle atención médica a usted.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar información médica según sea necesario para operar y supervisar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y manejo de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podríamos llevar a cabo u organizar revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, incluidos programas de detección de fraude y abuso o de cumplimiento. Además, podemos disociar información de salud de acuerdo con las leyes vigentes. Luego de disociar la información, esta ya no se encuentra sujeta a este aviso y podemos utilizarla para cualquier propósito legítimo.

- **Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud,** tales como tratamientos y programas médicos alternativos, o sobre productos y servicios relacionados con la salud.

- **A los patrocinadores del plan.** Si obtiene su cobertura por medio de un plan de salud grupal del empleador, podemos compartir el resumen de la información médica y la información de inscripción o cancelación de la asociación con el patrocinador del plan. Además, podemos divulgar información médica con el patrocinador del plan para la administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con las restricciones especiales para el uso y la divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

- **Para propósitos de suscripción.** Podemos usar o divulgar su información médica para propósitos de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos propósitos.

- **Para recordatorios.** Podemos utilizar o divulgar la información médica para contactarlo a fin de recordarle sus citas con los proveedores de atención médica.

En circunstancias particulares, podemos usar o divulgar su información médica con los siguientes fines:

- **Según sea requerido por ley.** Podemos divulgar información cuando sea requerido por ley.

- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos usar o divulgar su información médica a una persona involucrada con su atención, como un miembro de la familia, cuando usted sufre una incapacidad o en una emergencia, o cuando usted acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad de hacerlo. Si usted no está disponible o no puede presentar oposición, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su beneficio. Se aplican ciertas reglas especiales sobre cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a todas las personas involucradas, antes de su muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida; a menos que este hecho se contradiga con la preferencia expresada anteriormente por el fallecido.

- **Para actividades de salud pública,** como informar brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.

- **Para reportar víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales, incluida una agencia de servicio social o de protección.

- **Para actividades de supervisión sanitaria,** tales como la concesión de licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.

- **Para procedimientos judiciales o administrativos,** por ejemplo, en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación.

- **Con fines de imposición del cumplimiento de la ley,** tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad** al, por ejemplo, divulgar información a las agencias de salud pública o autoridades legales, o en caso de una emergencia o desastre natural.

- **Para funciones especializadas del gobierno**, tales como actividades de militares y veteranos, actividades de seguridad e inteligencia nacionales, y los servicios de protección del presidente y otros.
- **Para la compensación del trabajador**, incluidas las divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación del trabajador que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Con fines de investigación**, tales como las investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley sobre privacidad.
- **Para proveer información relacionada con personas fallecidas**. Podemos divulgar información a un médico forense o inspector médico para identificar a un difunto, determinar la causa de muerte o según lo que autorice la ley. También podemos divulgar información a los directivos de las funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Con fines de obtención de órganos**. Podemos usar o divulgar información a las entidades que se encargan de la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o piel para facilitar la donación y el trasplante.
- **Para las instituciones penitenciarias u oficiales de aplicación de la ley** si usted es un interno de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario del orden público, pero solo si fuera necesario (1) para que la institución provea atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución penitenciaria.
- **Para asociados comerciales** que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos proveen servicios si la información fuera necesaria para esas funciones o servicios. Se exige que nuestros asociados comerciales, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, protejan la privacidad de su información, y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato y según lo permita la ley federal.
- **Restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación**. Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de la privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: Abuso de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidos abuso sexual, enfermedades contagiosas, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Si se prohíbe el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso, o es sustancialmente limitada por otras leyes que se apliquen, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más rigurosa. Excepto para los usos y divulgaciones que se describen y limitan según lo establecido en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar sus notas de psicoterapia, vender su información médica a terceros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que constituyan comunicaciones publicitarias prohibidas conforme a la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autoriza a divulgar su información médica, no podemos garantizar que la persona que reciba dicha información no la divulgue. Puede retirar o revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos

actuado en función de su autorización. Para revocar una autorización, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

Cuáles son sus derechos. A continuación se describen sus derechos con respecto a su información médica.

- **Tiene derecho a pedir el uso o divulgación restringidos** de su información para operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a pedir que se restrinjan las divulgaciones a sus familiares o a otros que participan en su atención médica o en el pago de dicha atención. También tenemos políticas sobre el acceso de dependientes que pueden autorizar determinadas restricciones. **Comprenda que si bien tratamos de complacer su petición y permitimos peticiones acordes a nuestras políticas, no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.**
- **Tiene derecho de pedir que se le envíen comunicaciones** de información confidencial de una forma diferente o a un lugar diferente (por ejemplo, enviarle información a una casilla de correo [PO Box], en lugar de a su casa). Complaceremos sus peticiones razonables cuando la divulgación de toda o parte de su información médica, de alguna manera, pueda ponerle en peligro. En algunos casos, aceptaremos solicitudes verbales de recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial previa debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo.
- **Tiene derecho de ver y obtener una copia** de la información médica que poseemos acerca de usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico. Si mantenemos su información médica en formato electrónico, tendrá derecho de solicitar que le enviemos una copia de su información médica en dicho formato. También puede solicitar que le entreguemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, puede recibir un resumen de su información médica. Debe presentar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o enviarla a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. En ciertas circunstancias limitadas, podemos negarnos a aceptar su petición de inspección y copia de su información médica. Si denegamos su solicitud, puede pedir que se revise la denegación. Podemos cobrar un cargo razonable por las copias.
- **Tiene derecho a pedir que se modifique la información** que mantenemos sobre usted, como reclamaciones e informes de caso o registros de manejo médico, si cree que la información médica sobre usted es errónea o está incompleta. Debe solicitar por escrito y dar las razones para la modificación solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que aparece más abajo. Si rechazamos su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Tiene derecho a recibir un resumen** de ciertas divulgaciones de su información que realizamos durante el período de seis años anteriores a su solicitud. Esta rendición de cuentas no incluirá las divulgaciones de información: (i) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) hechas a usted o con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios del orden público; y (iv) otras divulgaciones sobre las cuales la ley federal no nos obliga a proporcionar una rendición de cuentas.

• **Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si ha acordado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Además, puede obtener una copia de este aviso en nuestros sitios web como www.uhone.com, www.myuhone.com, www.uhone4me.com, www.myallsavers.com o www.myallsaversconnect.com.

• **Tiene derecho a ser considerado una persona protegida.** (Solo en Nuevo México)

Una "persona protegida" es una víctima de abuso doméstico que también es: (i) un solicitante de seguro con nosotros; (ii) una persona que está o puede estar cubierta por nuestro seguro; o (iii) alguien que tiene una reclamación de beneficios en virtud de nuestro seguro.

Ejercer sus derechos

• **Cómo comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea ejercer cualquiera de sus derechos, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711).

• **Presentar una queja.** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja a la dirección mencionada a continuación.

• **Cómo presentar una solicitud por escrito.** Envíenos por correo una solicitud por escrito para ejercer algún derecho, incluso para modificar o cancelar una comunicación confidencial, para obtener copias de sus registros o para solicitar que se les realicen enmiendas a estos, a la siguiente dirección:

• Oficina de Privacidad, 7440 Woodland Drive, Indianápolis, IN 46278-1719

• **También puede presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).** No tomaremos ninguna medida en su contra si presenta una queja.

Aviso sobre la Ley de Informes de Crédito Justos. En algunos casos, es posible que le solicitemos a una agencia de informes de crédito del consumidor que compile un informe del consumidor, incluido un informe de investigación del consumidor, sobre usted. Si solicitamos un informe de investigación del consumidor, le notificaremos de inmediato el nombre y la dirección de la agencia que proporcionará el informe. Puede solicitar por escrito que lo entrevisten como parte de la investigación. La agencia puede conservar una copia del informe. La agencia puede divulgarlo a otras personas según lo permitido por la Ley Federal de Informes de Crédito Justos (Federal Fair Credit Reporting Act).

Podemos divulgar información únicamente sobre nuestras transacciones o experiencias con usted a nuestras filiales.

MIB. Junto con nuestra membresía en MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), nosotros o nuestras reaseguradoras podemos hacer un informe de su información personal a MIB. MIB es una organización sin fines de lucro de compañías de seguros de vida y salud que opera un intercambio de información en nombre de sus miembros. Si presenta una solicitud o reclamación de beneficios a otra compañía miembro de MIB para una cobertura de seguro de vida o de salud, MIB, a solicitud, le proporcionará a dicha compañía información sobre usted que tenga en su archivo.

Si cuestiona la exactitud de la información en el archivo de MIB, puede solicitar una corrección de acuerdo con los procedimientos establecidos en la Ley Federal de Informes de Crédito Justos. Comuníquese con MIB a: MIB, Inc., 50 Braintree Hill Park Ste. 400, Braintree, MA 02184-8734, 1-866-692-6901, www.mib.com.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA (vigente a partir del 1 de enero de 2019)

Nosotros (incluidas nuestras filiales enumeradas al final de este aviso) nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los fines de este aviso, "información personal financiera" significa toda información, que no sea de índole médica, sobre un asegurado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica al individuo, no está generalmente a disposición del público y se compila para esa persona en particular o se obtiene en relación con la provisión de cobertura de atención médica a esa persona.

Información que recopilamos. Según el producto o servicio que haya adquirido de nosotros, es posible que recopilemos información financiera personal acerca de usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos en su solicitud o en otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número del seguro social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestras filiales u otros, como pago de prima e historial de reclamaciones; e
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Divulgación de información. No divulgamos información financiera personal acerca de nuestros asegurados ni de personas que hayan estado aseguradas a ningún tercero, excepto cuando la ley lo exija o lo permita. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, hasta donde lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que obtengamos de usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras compañías de seguro y compañías no financieras; por ejemplo, las procesadoras de información;
- A las compañías no afiliadas para nuestros propósitos comerciales cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a las citaciones judiciales y a las investigaciones legales; y
- A las compañías no afiliadas que realizan servicios para nosotros, que incluyen el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Restringimos el acceso a su información financiera personal a empleados, filiales y proveedores de servicios que participan en la administración de su cobertura de atención médica o le proporcionan servicios. Mantenemos todos los controles de seguridad física, electrónica y procesal que cumplen con los estándares federales para proteger su información financiera personal.

Confidencialidad y seguridad. Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento de acuerdo con los estándares federales vigentes para proteger su información financiera personal de riesgos como la pérdida, la destrucción o el uso indebido. Estas medidas incluyen salvaguardas informáticas, archivos y edificios asegurados y restricciones sobre las personas que podrían tener acceso a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con un representante del centro de llamadas de Servicio al Cliente de UnitedHealthOne. Los miembros de Golden Rule pueden llamarnos al 1-800-657-8205 (TTY 711). Los miembros de All Savers pueden llamarnos al 1-800-291-2634 (TTY 711). El Aviso de prácticas de privacidad, vigente a partir del 1 de enero de 2019, se proporciona en nombre de All Savers Insurance Company; All Savers Life Insurance Company of California; Golden Rule Insurance Company; Oxford Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company y UnitedHealthcare Life Insurance Company. Para obtener una autorización para divulgar su información personal a un tercero, visite el sitio web correspondiente que figura en este Aviso.

Condiciones previas a la cobertura (aplicable con o sin el recibo condicional)

Sujeto a las limitaciones que se indican a continuación, el seguro entrará en vigencia si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La solicitud se completa en su totalidad, y es aceptada y aprobada incondicionalmente por Golden Rule Insurance Company.
2. La primera prima completa, de acuerdo con el modo de pago de la prima elegido, se ha pagado en la fecha de entrada en vigencia o antes, y cualquier cheque se acepta en la primera presentación para el pago.
3. La póliza es: (a) emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicitó dentro de los 45 días a partir de la fecha de solicitud; (b) entregada al asegurado propuesto; y (c) aceptada por el asegurado propuesto.

El hecho de no incluir toda la información médica relevante o de corregir la información relacionada con el consumo de tabaco de cualquier solicitante puede hacer que la Compañía rechace una reclamación futura y anule su cobertura como si nunca hubiera estado vigente. Después de haber completado la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se haya registrado correctamente.

Conserve este documento. Contiene información importante.

Autorización para obtener y divulgar información médica

Autorizo a los departamentos de Nuevos Negocios y Revisión de Antecedentes Médicos de Golden Rule Insurance Company (GRIC) a obtener la información de salud que necesiten para suscribir o verificar mi solicitud de seguro. Cualquier proveedor de atención médica, administrador de beneficios de farmacia, agencia de informes del consumidor, MIB, Inc., anteriormente conocida como Medical Information Bureau (MIB), o compañía de seguros que tenga cualquier información sobre un diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico de cualquier afección física o mental sobre mí o mi familia, está autorizado a proporcionarla a los departamentos de Nuevos Negocios y Revisión de Antecedentes Médicos de GRIC. Esto incluye información relacionada con el consumo o abuso de sustancias.

Comprendo que cualquier solicitud existente o futura que haya hecho o pueda hacer para restringir mi información médica protegida no se aplica ni se aplicará a esta autorización, a menos que la revoque.

GRIC puede divulgar esta información sobre mí o mi familia al MIB o a cualquier compañía miembro para los fines descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de GRIC.

He (hemos) recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de GRIC.

Esta autorización permanecerá válida durante 30 meses a partir de la fecha que se indica a continuación.

Comprendo (comprendemos) lo siguiente:

- Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original;
- Yo (nosotros) o mi (nuestro) representante autorizado podemos obtener una copia de esta autorización escribiendo a GRIC;
- Puedo (podemos) solicitar la revocación de esta autorización, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de GRIC;
- GRIC puede condicionar la inscripción en su plan de salud o la elegibilidad para los beneficios ante mi (nuestra) negativa de firmar esta autorización;
- La información que se use o divulgue de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la entidad receptora y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales que regulan a las aseguradoras de salud.

He conservado una copia de esta autorización.

052FSP-G-0816

