



Hospital Guard GI proporciona cobertura de beneficios fijos para reducir los gastos de su bolsillo

Hospital Guard GI | AK, AL, AR, AZ, DE, FL, GA, HI, IA, IL, IN, KY, LA, MD, ME,
MI, MN, MO, MS, NC, NE, NV, OH, OK, PA, RI, SC, TN, TX, UT, WI, WV y WY



ESTE PRODUCTO ES UN COMPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO SUSTITUYE A LA COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL EXIGIDA POR LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO (AFFORDABLE CARE ACT, ACA).

Este producto proporciona beneficios limitados por una cantidad declarada independientemente de los gastos reales incurridos.

Golden Rule Insurance Company es la aseguradora y administradora de estos planes.
Formulario de la Póliza GIF1-GAP-GRI y otras diferencias entre estados

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 Co.**

47683BSP-G-0822

Índice

¿Por Qué Nos Eligen?	3
Información del Plan	4
Beneficios Importantes	5
Ahorros y Beneficio Opcional	6
Exclusiones y Limitaciones	7
Disposiciones del Plan	8
Diferencias entre Estados	9
Otros Avisos	16



¿Por qué nos eligen?



Fortaleza y experiencia

UnitedHealthcare proporciona acceso al cuidado de la salud a más de 26 millones de estadounidenses.¹ Golden Rule Insurance Company, una compañía de UnitedHealthcare, es la aseguradora y administradora de los planes que figuran en este folleto. Por más de 80 años, hemos atendido las necesidades específicas de las personas y las familias que compran su propia cobertura.



Alta calificación

Golden Rule Insurance Company tiene la calificación “A+” (Superior) de A.M. Best.² una organización mundial independiente que evalúa las compañías de seguros y otras empresas, y publica su concepto sobre ellas. Esta calificación es muestra de nuestra solidez y estabilidad financiera.



Lograr su satisfacción es nuestro objetivo

Entendemos lo importante que es su tiempo y la preocupación por el valor de sus dólares destinados al cuidado de la salud. Nuestro objetivo para cada cliente es proporcionar un plan de seguro a un precio que se ajuste a sus necesidades y presupuesto.

¹ Formulario Anual 10-K de UnitedHealth Group para el año terminado el 12/31/21.

² Al 12/9/21. Para ver nuestra última calificación, ingrese a [ambest.com](https://www.ambest.com).

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.

Hospital Guard GI (HGGI)



Complemente su cobertura

El costo del cuidado de la salud, especialmente una estadía en el hospital, puede aumentar rápidamente. El plan HGGI puede ayudar a complementar su cobertura de salud proporcionando dinero en efectivo para ayudarle a pagar sus deducibles y gastos no cubiertos por una estadía en el hospital que califique.

HGGI proporciona beneficios directos en efectivo para estadías en el hospital como paciente hospitalizado. Algunos planes también incluyen un beneficio para las visitas al consultorio médico por enfermedad o lesión.

- Puede usar los pagos de beneficios como usted desee. Ahorre, pague facturas médicas o ayude a pagar gastos si falta al trabajo.
- Puede elegir cualquier proveedor y no está limitado a una red.
- No hay un deducible por alcanzar antes de recibir los pagos de beneficios.
- Los beneficios se pagan independientemente de otro seguro.



Si ocurre un accidente grave

Si ocurre un accidente que cause la muerte, pérdida de un miembro o pérdida de visión (ceguera), en los 30 días (90 días en MD) siguientes a la fecha del accidente, pagaremos un beneficio en efectivo. (consulte la página 5.)



¿Por qué tener un seguro hospitalario?

Aunque nadie espera ir al hospital, ese es probablemente el mejor motivo para tener un seguro hospitalario, una ayuda en situaciones inesperadas. Incluso con otro seguro la mayoría de la gente tendrá que pagar parte de su factura por servicios médicos de su bolsillo. Con un plan como HGGI, puede recibir beneficios fijos en efectivo para servicios médicos calificados, como una estadía en el hospital, para ayudarle a cubrir los gastos de su bolsillo, y puede usarlo como usted lo considere apropiado.

¿Qué significa “beneficio fijo” y cómo funciona?

“Beneficio fijo” significa simplemente que pagamos una cantidad establecida (o “fija”) por ciertos servicios médicos calificados. Consulte las cantidades en la página siguiente. Si recibe un servicio que cumple los requisitos y nos envía un reclamo, los beneficios que califican se pagarán según las cantidades presentadas. Le enviamos un cheque directamente. Usted lo utiliza como desee.

Beneficios Importantes

Se pagarán beneficios en efectivo por gastos que califican.
El beneficio es fijo, independientemente del gasto real incurrido.

Servicios Hospitalarios (por persona)		Plan A	Plan B	Plan C
Reclusión en Hospital para Pacientes Hospitalizados por Enfermedad/Lesión¹ (Cuidado estándar)	Pagamos:	\$500 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>	\$750 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>	\$1,000 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>
Unidad de Cuidado Intensivo, UCI para Pacientes Hospitalizados¹ (Además de la Reclusión en Hospital para Pacientes Hospitalizados)	Pagamos:	\$1,000 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>	\$1,500 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>	\$2,000 por día <i>(Máximo 31 días por periodo de reclusión)</i>
Primera Admisión en Hospital¹ (Además de la Reclusión en Hospital para Pacientes Hospitalizados; se paga el primer día como paciente hospitalizado.)	Pagamos:	\$1,000 por día <i>(Máximo de 1 día por año calendario)</i>	\$1,500 por día <i>(Máximo de 1 día por año calendario)</i>	\$2,000 por día <i>(Máximo de 1 día por año calendario)</i>
Servicios para Pacientes Ambulatorios (por persona)				
Visitas al Consultorio Médico/de Cuidado de Urgencia Enfermedad o lesión	Pagamos:	No disponible	\$50 por día <i>(Máximo de 4 días por año calendario)</i>	\$100 por día <i>(Máximo de 4 días por año calendario)</i>
Cláusula Adicional de Beneficio por Muerte Accidental, Pérdida Accidental de un Miembro o Pérdida Accidental de la Visión				
Asegurado Principal	Pagamos:	\$20,000	\$20,000	\$20,000
Cónyuge	Pagamos:	\$20,000	\$20,000	\$20,000
Dependiente (de 15 días a 26 años, o según lo requiera el estado)	Pagamos:	\$5,000	\$5,000	\$5,000
Beneficio Opcional²				
		\$0 de telemedicina Sin límite	\$0 de telemedicina Sin límite	\$0 de telemedicina Sin límite
Telemedicina a través de HealthiestYou		\$0 de consulta al médico general las 24 horas del día mediante la aplicación móvil, la web o el teléfono. (Se aplica un cargo adicional para la consulta de salud del comportamiento o dermatología)	\$0 de consulta al médico general las 24 horas del día mediante la aplicación móvil, la web o el teléfono. (Se aplica un cargo adicional para la consulta de salud del comportamiento o dermatología)	\$0 de consulta al médico general las 24 horas del día mediante la aplicación móvil, la web o el teléfono. (Se aplica un cargo adicional para la consulta de salud del comportamiento o dermatología)

¹ Con arreglo a las condiciones preexistentes. Encuentre más información en la página 8.

² Se requiere una prima adicional.

Más formas de ayudarlo a ahorrar dinero

Los planes HGGI incluyen descuentos en medicamentos recetados a través de Optum Perks. Como opción también puede optar por agregar \$0 por visitas de telesalud a través de HealthiestYou.¹



Descuentos en Medicamentos Recetados con Optum Perks²

Existe una forma sencilla en que la mayoría puede ahorrar entre un 30% y un 80% en medicamentos recetados. Se llama Optum Perks. Simplemente visite perks.optum.com/uho para imprimir su tarjeta o enviarla a su teléfono. Allí puede comparar los precios de medicamentos recetados en las tiendas cerca de usted. Para aprovechar su ahorro, presente su tarjeta de descuentos Optum Perks en la farmacia al momento de la compra. Una pequeña tarjeta puede marcar una gran diferencia.

Nota: La tarjeta Optum Perks no es un seguro. Es un programa de descuentos solamente y está disponible para el público general.



Telesalud - HealthiestYou de Teladoc®¹

¿No se siente bien, pero no está seguro de querer ir al médico? El beneficio opcional de telesalud proporcionado por Teladoc a través de HealthiestYou le facilita ver a un médico sin salir de casa. Reúnase con un médico por teléfono o video sin costo adicional para usted. Pueden diagnosticar y tratar enfermedades y recetar medicamentos cuando sea necesario las 24 horas, 7 días a la semana, 365 días al año. Sin necesidad de conducir. Sin salas de espera. Sin copagos. Este acceso a cuidado de la salud de calidad sin complicaciones.

Nota: Con el pago de tarifas adicionales, también se ofrecen visitas a psiquiatras, psicólogos y dermatólogos.

¹ HealthiestYou de Teladoc® y UnitedHealthcare no están afiliadas y cada entidad es responsable de sus propias obligaciones contractuales y financieras. Es una prima adicional para incluir este beneficio opcional con el plan Hospital Guard GI.

² Basado en el precio usual y habitual de la farmacia. Los ahorros reales pueden variar.

Exclusiones/Limitaciones

(planes de seguro)

Este es sólo un resumen general de las exclusiones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). La compra de este plan no está supeditada a comprar o tener una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

Exclusiones o Limitaciones

La póliza podría limitar o excluir beneficios por siniestros que sean causa o resultado o que tengan relación con lo siguiente:

- Un siniestro que ocurra antes de la fecha de vigencia o después de la terminación de la póliza, o en cualquier momento en que la cobertura no esté vigente.
- Una guerra; lesiones corporales autoinfligidas de manera intencional; o participación en un motín, cometer o intentar cometer un delito grave.
- Servicio activo en las fuerzas armadas o auxiliares relacionados.
- Una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- Tratamientos estéticos.
- Embarazo o parto (excepto por complicaciones del embarazo).
- Reclusión en hospital principalmente para recibir rehabilitación, cuidados de custodia, cuidado educativo o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente dispuesto en la póliza).
- Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
- Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paravelismo, paraplaning, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).
- Una lesión o enfermedad generada durante un empleo a cambio de un salario o remuneración, si la persona cubierta está asegurada, o debe estar asegurada, por un seguro de accidentes laborales conforme a la ley estatal o federal vigente.
- Conducción de taxi o de cualquier otro transporte de pasajeros a cambio de un salario, remuneración o lucro.
- Los cargos por servicios de cuidados de rutina para un recién nacido mientras sea paciente hospitalizado, excepto por lo dispuesto de forma expresa en la póliza.
- Tratamiento de la infertilidad.
- Lesiones sufridas al operar, subir o descender de cualquier tipo de aeronave no comercial. En la mayoría de los estados, solo se excluye si la persona cubierta es piloto, oficial o miembro de la tripulación de dicha aeronave o está dando o recibiendo cualquier tipo de capacitación o instrucción o cumple otra función que le exija estar a bordo de la aeronave.
- Servicios prestados por un familiar inmediato.
- Tarifas o recargos que un proveedor (como un hospital) haya impuesto, pero que en realidad son responsabilidad del proveedor.
- Servicios o suministros que no sean administrados u ordenados por un médico o que no sean médicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.
- Cualquier siniestro sufrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión o en otro centro de detención.
- Todo siniestro relacionado con el tratamiento de trastornos mentales o de abuso de sustancias.
- Todo siniestro relacionado con un aborto (a menos que la vida de la madre corra peligro si el feto llega a término).
- Cualquier siniestro por gastos dentales, salvo lo dispuesto expresamente en la póliza.
- Todo siniestro relacionado con cualquier examen o ajuste de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos, refracción ocular o terapia visual.
- Servicios prestados fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia de una persona cubierta.
- Tratamientos experimentales o de investigación.

Disposiciones del Plan

Este es sólo un resumen general de las disposiciones. No es un contrato de seguro, ni una parte de la póliza de seguro. La póliza contiene información completa de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones en cada estado (consulte Diferencias entre Estados). La compra de este plan no está supeditada a comprar o tener una cobertura de seguro de salud individual o grupal.

Requisitos de Participación

En el momento de la solicitud, el asegurado principal y el cónyuge (según lo definido por cada estado) debe tener entre 18 y 64 años de edad (entre 18 y 60 años de edad en DE y MD) y niños que cumplen los requisitos de 0 a 25 años de edad o según lo requerido por cada estado.

Declaración Incorrecta de la Edad

Si se declara la edad de la persona cubierta de forma incorrecta en su solicitud de cobertura conforme a la póliza, las primas futuras podrían ajustarse y las primas anteriores podrían reembolsarse o tendría que pagarlas a nosotros según a la edad correcta. Y, si por tal motivo, no hubiéramos emitido la cobertura para dicha persona cubierta, le devolveremos la prima pagada menos las cantidades de los beneficios que hayamos pagado, y la cobertura se anularía a partir de la fecha de vigencia.

Aviso de Reclamo

Debemos recibir el aviso de reclamo dentro los 30 días siguientes a la fecha de inicio del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Condiciones Preexistentes

No pagaremos beneficios hospitalarios de la póliza por un siniestro que se manifieste debido a una condición preexistente, o que sea consecuencia, causa u otro tipo de factor de una condición preexistente. La limitación de condición preexistente

no se aplicará más de 12 meses (o según lo requerido por cada estado) después de la fecha de vigencia de la póliza de una persona cubierta conforme a la póliza.

“Condición preexistente” significa cualquier enfermedad, lesión o condición:

- Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza;
- Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza, que conlleve cuidado o tratamiento médico después de dicha fecha; o
- Que manifestó síntomas que llevarían a una persona de prudencia normal a buscar asesoramiento médico, diagnóstico, cuidado, tratamiento o evaluación adicional dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza.

Prima

Las tarifas de primas están sujetas a cambios. Su edad, situación familiar y nivel de cobertura son algunos de los factores que podrían usarse para determinar su tarifa de prima. Recibirá un aviso con por lo menos 31 días de anticipación (o más si su estado lo requiere) sobre cualquier cambio en su

prima. No habrá ningún cambio en su prima por el simple hecho de los reclamos presentados por una persona cubierta conforme a la póliza o por un cambio en el estado de salud de la persona cubierta.

Renovación y Cancelación

La póliza será renovable hasta la primera fecha entre:

- El final del período de la prima cuando el asegurado principal cumpla 65 años, o el fallecimiento del asegurado principal. Si la póliza incluye a un cónyuge, puede continuar con el cónyuge después del cumpleaños 65 o el fallecimiento del asegurado principal;
- La falta de pago de las primas a su debido tiempo;
- La fecha en que nos reusemos a renovar esta póliza o la fecha en que dejemos de ofrecer y nos neguemos a renovar todas las pólizas emitidas en este formulario para todos los residentes del estado donde usted reside;
- La fecha en que recibamos su solicitud de cancelar la póliza; o
- La fecha en que una persona cubierta cometa fraude o presente una declaración falsa material, o tenga conocimiento de estos actos ilegales.

Evaluación

Los planes de seguros no están sujetos a una evaluación de salud.

ESTA NO ES UNA COBERTURA DE CUIDADO DE LA SALUD QUE CALIFIQUE (“COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA”) PARA SATISFACER EL REQUISITO DE COBERTURA DE SALUD DE LA LEY DE CUIDADO DE LA SALUD A BAJO PRECIO.

Diferencias entre Estados

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Alabama

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-01

No hay diferencias para este estado.

Alaska

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-50

Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.

Arizona

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-02

No aplica la exclusión para servicios prestados por un familiar inmediato.

Arkansas

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-03

No hay diferencias para este estado.

Delaware

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-07

- La edad límite máxima es de 60 años.
- Los beneficios de atención de urgencia/consultorio incluyen servicios para la administración de cuidado para pacientes con enfermedades crónicas y servicios de cuidado primario, como se define en la póliza, al mayor beneficio de indemnización mostrado en la póliza o al 100% de la tarifa de Medicare para el procedimiento.

Florida

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-09

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.

- “Niño que cumple los requisitos” significa su niño o el de su cónyuge, si el niño es menor de 26 años; o tiene 26 años o más hasta su cumpleaños 31, es soltero y no está cubierto por ningún otro plan de beneficios de salud.

Georgia

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-10

Le notificaremos por escrito sobre un cambio en la prima con por lo menos 60 días de anticipación.

Hawaii

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-51

“Persona cubierta”, “Dependiente” y “Familiar inmediato” incluyen una pareja de hecho. “Pareja de hecho” significa un adulto que junto con otro adulto es parte de una relación de pareja de hecho válida y cumple con sus requisitos, tal como se define en el estatuto HAW. REV.STAT. §572c-4.

Illinois

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-12

- “Niño que cumple los requisitos” significa su niño o el de su cónyuge, si dicho niño es:
 - A. Menor de 26 años; o
 - B. Menor de 26 años y fue recibido en acogida; o
 - C. Menor de 30 años y todos los siguientes:
 - 1) Es residente de Illinois;
 - 2) Ha servido como miembro de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos;
 - 3) Se le ha dado de baja o salió por un motivo diferente a una conducta deshonrosa; y
 - 4) Nos envió una copia de su formulario DD-214 Certificado de Baja del servicio activo en el que se indica la fecha en la que el dependiente fue dado de baja del servicio.
- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su conviviente civil según la ley de Illinois.

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

- No aplican las exclusiones para lo siguiente:
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/ transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
 - Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paravelismo, paraplaning, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/ medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).

Indiana

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-13

El niño que cumple los requisitos incluye a un hijastro.

Iowa

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-14

No hay diferencias para este estado.

Kentucky

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-16

- La exclusión no aplica para tarifas o recargos que un proveedor (como un hospital) haya impuesto, pero que en realidad son responsabilidad del proveedor.
- Debemos recibir el aviso de reclamo dentro los 60 días siguientes a la fecha de inicio del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Louisiana

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-17

- Además de los cambios de tarifas por el cambio de personas cubiertas y/o de beneficios, las tarifas de esta póliza no cambiarán durante los primeros 12 meses

siguientes a la fecha de vigencia de la póliza, para personas cubiertas iniciales, y no cambiarán más de una vez en un periodo de seis meses siguientes al periodo inicial de 12 meses.

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.
- No aplica la exclusión por un siniestro ocurrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal u otro centro de detención, si una persona cubierta está detenida en un centro correccional y no ha sido juzgada o condenada por un delito penal.

Maine

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-18

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación.
- “Cónyuge” incluye a la pareja de unión libre.

Maryland

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-19

- La edad límite máxima es de 60 años.
- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.
- Si el programa de revisión de la utilización del hospital requiere una segunda opinión objetiva cuando una persona cubierta es un paciente hospitalizado en un hospital, pagaremos \$100 de Beneficio de Segunda Opinión por día con un máximo de 1 por período de reclusión.
- “Niño que cumple los requisitos” se amplía para incluir a un nieto que es soltero, menor de 26 años, está bajo su custodia ordenada por un tribunal, reside con usted y es su dependiente.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Participación en un motín, cometer o intentar cometer un delito grave.
 - Una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Maryland, continuación

- Existe una exclusión para los gastos de una referencia prohibida como lo exigen las leyes y normas de Maryland.
- No pagaremos beneficios, como se describe en la póliza, por un siniestro que se manifieste debido a, o que sea consecuencia, causa u otro tipo de factor, o que se deba a complicaciones de una condición preexistente, a menos que:
 - Recibimos plena información sobre la condición preexistente de una persona cubierta en su solicitud de seguro conforme a la póliza; y
 - La cobertura de la condición preexistente no está excluida ni limitada por incluir su nombre o descripción específica en una cláusula adicional de renuncia, adjunta a la póliza.

La limitación de condición preexistente no se aplicará más de 12 meses después de la fecha de vigencia de la póliza de una persona cubierta conforme a la póliza.

- La Cláusula Adicional de Beneficio por Muerte Accidental, Pérdida Accidental de un Miembro o Pérdida Accidental de la Visión aplica para una lesión en los 90 días siguientes al accidente.
- Si una persona cubierta es recluida en un hospital en la fecha en que deja de estar asegurada bajo la póliza, continuaremos pagando beneficios por reclusión en hospital hasta lo que ocurra primero entre:
 - La fecha en que la persona cubierta es dada de alta del hospital; o
 - 12 meses después de la fecha en que la persona cubierta deja de estar asegurada bajo la póliza.

Sin embargo, no se proporcionan los beneficios de la disposición si la póliza se cancela debido a:

- Una solicitud suya;
- Fraude o declaración falsa material por su parte; o
- Falta de pago de las primas requeridas cuando vencen; o
- La cobertura se proporciona a una persona cubierta mediante un plan de beneficios de salud sucesivo que:
 - * Se proporciona a una persona cubierta a un costo menor o igual al costo que pagaría por el beneficio extendido proporcionado bajo la disposición; y
 - * No genera una interrupción de los beneficios.

Michigan

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-21

- No aplican las exclusiones para lo siguiente:
 - Daño corporal autoinfligido intencionalmente.
 - Participación en un disturbio.
 - Una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- Existe una exclusión para cualquier enfermedad o lesión sufrida como resultado de que una persona cubierta cometa o intente cometer un delito menor o delito grave, así la persona sea declarada culpable o inocente, o cuya causa contribuyente sea que la persona cubierta estuvo involucrada en una ocupación ilegal u otra actividad criminal de manera voluntaria.

Minnesota

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-22

“Niño que cumple los requisitos” se amplía para incluir a un nieto que depende de usted o su cónyuge financieramente y reside con él continuamente desde su nacimiento.

Mississippi

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-23

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 75 días de anticipación.
- No aplica la disposición sobre la declaración incorrecta de edad.

Missouri

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-24

- No aplica la exclusión de un siniestro sufrido mientras la persona cubierta está encarcelada en una prisión estatal o federal o en otro centro de detención.

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Nebraska

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-26

- Las exclusiones relacionadas con las carreras o pruebas de velocidad aplican a las carreras organizadas.
- “Condición preexistente” significa cualquier enfermedad, lesión o condición:
 - Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza; o
 - Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza, que conlleve cuidado o tratamiento médico después de dicha fecha.

Nevada

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-27

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación.
- “Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su pareja de unión libre.
- La exclusión relacionada con que la persona cubierta cometa o intente cometer un delito aplica solo a un delito por el cual la persona cubierta ha sido condenada. Esta exclusión no aplica si una persona cubierta es víctima de violencia doméstica, independientemente de si la persona cubierta contribuyó o no a un siniestro o lesión.
- No aplica la exclusión relacionada con una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.

North Carolina

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-32

- Además de los cambios de tarifas por el cambio de personas cubiertas y/o de beneficios, las tarifas de esta póliza no cambiarán durante los primeros 12 meses siguientes a la fecha de vigencia de la póliza, y no cambiarán más de una vez en un periodo de 12 meses siguientes al periodo inicial de 12 meses.
- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.
- La exclusión por siniestro como resultado de un acto de guerra declarada o no declarada no aplica a los actos de terrorismo.
- La exclusión de tratamiento cosmético no se aplica a los defectos y anomalías congénitas.
- La exclusión de siniestro por una lesión o enfermedad generada durante un empleo a cambio de un salario o remuneración, si la persona cubierta está asegurada, o debe estar asegurada, por un seguro de indemnización laboral se reemplazó con lo siguiente: Una lesión o enfermedad ocupacional pagada de conformidad con la Ley de Compensación Laboral de North Carolina únicamente en la medida en que tales servicios o suministros sean responsabilidad civil del empleado, el empleador, o la compañía de seguros de accidentes laborales conforme a una resolución final de conformidad con la Ley de Compensación de Laboral de North Carolina o una orden de la Comisión Industrial de Carolina del Norte que autorice un acuerdo de satisfacción de deuda de conformidad con la Ley de Compensación Laboral de North Carolina.
- "Condición preexistente" significa una enfermedad, lesión o condición para la cual se recomendó o proporcionó asesoramiento médico, cuidado o tratamiento dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta; o una enfermedad, lesión o condición para la cual la persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta que conlleve a cuidado o tratamiento médico después de la fecha de vigencia de la persona cubierta. Las condiciones preexistentes están cubiertas bajo esta póliza por 12 meses siguientes a la fecha de vigencia de la cobertura.

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Ohio

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-34

No hay diferencias para este estado.

Oklahoma

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-35

- La exclusión de acto de guerra aplica para: Cualquier acto de guerra declarada o no declarada mientras presta servicio militar o naval, o en cualquier unidad auxiliar, de los Estados Unidos, que incluye, entre otros:
 - Servicio como miembro de un componente regular o de reserva del ejército, fuerza aérea, armada, guardia costera o infantería de marina de los Estados Unidos;
 - Servicio como funcionario encargado del Servicio de Salud Pública o de la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica; o
 - Servicio militar o naval en una organización militar auxiliar, que incluye, entre otras, a la Guardia Costera Auxiliar, la Reserva Temporal de la Guardia Costera, Auxiliar Civil de la Policía Militar o la Patrulla Aérea Civil.
- La exclusión por estado de embriaguez se sustituye por: Un siniestro ocurrido mientras se está bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administrada o recetadas por un médico.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Conducción de taxi o medio de transporte de pasajeros.
 - Una lesión sufrida durante la participación, demostración, instrucción, orientación o acompañamiento de otras personas en ciertas actividades (es decir, deportes semideportivos y profesionales, paracaidismo, deportes de rodeo, etc.) o cualquier lesión mientras se recibe remuneración para participar o instruir en ciertas actividades (es decir, equitación, carreras, etc.).
- La exclusión de lesiones sufridas al operar, subir o descender de cualquier tipo de aeronave no comercial aplica para aeronaves motorizadas o no motorizadas y también incluye saltar fuera de la aeronave.

Pennsylvania

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-37

- La exclusión de participación en un motín aplica específicamente por lesiones debidas a la participación en un motín.
- En la exclusión de siniestro incurrido debido a que una persona cubierta está en estado de embriaguez conforme a la ley del estado correspondiente o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, no aplica la toma de medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.
- La exclusión de tratamiento cosmético no se aplica cuando es necesario debido a siniestro a causa una enfermedad o lesión cubierta.
- En la exclusión de cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paravelismo, paraplaning, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).

Rhode Island

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-38

“Cónyuge” es la persona con la que tiene un vínculo matrimonial legal o su conviviente civil según la ley de Rhode Island.

South Carolina

Formulario de la Póliza GIFÍ-GAP-GRI-39

No aplica la exclusión para una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada.

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

Texas

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-42

- "Niño que cumple los requisitos" se amplía para incluir a un niño por el cual usted o su cónyuge haga parte de una demanda con fines de adopción; o su nieto o el de su cónyuge, que no está casado, es menor de 26 años de edad y es su dependiente o el de su cónyuge a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de presentar la solicitud de cobertura.
- No se aplican las siguientes exclusiones:
 - Cualquier lesión sufrida mientras se recibe remuneración por participar o instruir en: equitación, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/ transporte no motorizado, esquí o escalada en roca o alpinismo.
 - Cualquier lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paravelismo, paraplaning, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).
 - Servicios prestados por un familiar inmediato.
 - Servicios prestados fuera de los EE. UU., excepto para el tratamiento de emergencia de una persona cubierta.
- La Cláusula Adicional de Beneficio por Muerte Accidental, Pérdida Accidental de un Miembro o Pérdida Accidental de la Visión cubre a un niño dependiente desde el nacimiento hasta los 26 años.

Tennessee

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-41

No aplica la exclusión de un siniestro relacionado con un aborto, si la vida de la madre corre peligro de llegar el feto a término o si el feto no es viable.

Utah

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-43

- Proporcionaremos los cambios en el plan o en la prima en aviso por escrito con al menos 45 días de anticipación.
- "Niño que cumple los requisitos" se amplía para incluir a su niño para quien una orden judicial o administrativa exige que se proporcione la cobertura médica. Un niño que cumple los requisitos también incluye a un niño con discapacidad que cumple los requisitos, sin importar la edad. "Niño con discapacidad que cumple los requisitos" significa un niño que cumple los requisitos, es soltero y de manera continua:
 - No está en la capacidad de dedicarse a un empleo sustancialmente remunerado en la medida en que el niño puede lograr independencia económica debido a un deterioro físico o mental médicamente diagnosticado que puede esperarse conlleve a la muerte, o que ha durado, o puede esperarse que dure, por un período continuo no menor a 12 meses; y
 - Depende principalmente de usted para recibir apoyo y manutención desde que cumplió 26 años.
- La exclusión de la participación en un disturbio solo aplica si es voluntaria.
- La exclusión por cometer o intentar cometer un delito aplica solo si es voluntaria.
- La exclusión para una persona cubierta en estado de embriaguez según lo define la ley estatal aplicable o bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas o que esté tomando medicamentos de venta libre sin seguir la dosis recomendada aplica solo si el siniestro es resultado directo de que la persona cubierta es declarada culpable de participar voluntariamente en una actividad ilegal mientras se encuentra en estado de embriaguez o bajo los efectos de narcóticos o sustancias controladas.
- La exclusión no aplica para una lesión sufrida mientras participa, demuestra, instruye, guía o acompaña a otros en: deportes (profesionales o semiprofesionales o interuniversitarios sin incluir los deportes intramuros), salto en paracaídas, vuelo en ala delta, paravelismo, paraplaning, paracaidismo acrobático, puenting, parapente, carreras o pruebas de velocidad con cualquier vehículo/medio de transporte motorizado, deportes de rodeo o buceo (a 60 pies de profundidad o más).

Diferencias entre Estados continuación

Consulte, a continuación, la disponibilidad y los beneficios, exclusiones y limitaciones para cada estado.

West Virginia

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-47

No hay diferencias para este estado.

Wisconsin

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-48

Le notificaremos por escrito sobre un cambio en la prima con por lo menos 60 días de anticipación.

Wyoming

Formulario de la Póliza GIFI-GAP-GRI-49

“Condición preexistente” significa cualquier enfermedad, lesión o condición:

- Para la cual se recomendó o prestó asesoramiento, cuidado o tratamiento médico a una persona cubierta dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza; o
- Para la cual una persona cubierta recibió o se le recomendó un procedimiento o prueba de diagnóstico dentro de los 6 meses inmediatamente anteriores a la fecha de vigencia de la persona cubierta conforme a la póliza, que conlleve cuidado o tratamiento médico después de dicha fecha.
- Debemos recibir el aviso de reclamo dentro los 60 días siguientes a la fecha de inicio del siniestro o tan pronto como sea razonablemente posible.

Condiciones Previas a la Cobertura (Aplicables con o sin el Recibo Condicional). El seguro entrará en vigencia con las limitaciones que se muestran más adelante, si se cumplen estas condiciones:

1. La solicitud está llena en su totalidad y Golden Rule Insurance Company la acepta y aprueba sin condiciones.
2. La primera prima completa, según el modo de pago seleccionado, se pagó en la fecha de vigencia o antes, y cualquier cheque es aceptado la primera vez que se presentó para su cobro.
3. La póliza: (a) es emitida por Golden Rule Insurance Company exactamente como se solicita dentro de los 45 días a partir de la fecha de la solicitud; (b) se entrega a la posible persona asegurada; y (c) es aceptada por la posible persona asegurada.

Después de completar la solicitud y antes de firmarla, vuelva a leerla detenidamente. Asegúrese de que toda la información se registró correctamente.

Conserve este documento. Contiene información importante.

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.