

## ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (“NOTIFICACIÓN”) DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. LÉALA CON ATENCIÓN.

Esta notificación describe cómo las divisiones de Ameritas Life Insurance Corp. y Ameritas Life Insurance Corp. de New York utiliza y divulga su información médica protegida y cómo cuidamos esa información. Estamos obligados a cumplir con los términos de esta notificación durante el plazo de su vigencia. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta notificación, cuando resulte necesario, y a procurar que la nueva notificación sea efectiva para toda la información médica protegida que tengamos en nuestro poder. Si hacemos cambios a esta notificación, una copia de la nueva versión será publicada en nuestro sitio de Internet [www.ameritas.com](http://www.ameritas.com) y/o será enviada a usted, si los cambios son materiales. Si reside en un estado en donde las leyes proveen protecciones de la privacidad más estrictas que aquellas de HIPAA, nosotros mantendremos la privacidad de su información médica como lo exijan esas leyes más estrictas de su estado.

## cómo utilizamos o compartimos información

**Nosotros debemos** utilizar y divulgar su información médica para brindársela:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus derechos, como se describe en esta notificación; y
- Al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si fuera necesario, para ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad y con las disposiciones de simplificación administrativa de HIPAA.

**Tenemos derecho a** utilizar y divulgar su información médica para su tratamiento, para pagar por su atención de salud y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, utilizamos su información, normalmente, de las siguientes formas:

- **Para pago.** Podemos utilizar o divulgar información médica para cobrar primas que nos deba, para determinar su cobertura o para procesar reclamos por servicios de atención de salud que usted reciba. Por ejemplo, podemos decirle a un proveedor si usted es elegible para cobertura y en qué porcentaje de la cuenta está cubierto.
- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o divulgar información médica para ayudar en su tratamiento o en la coordinación de la atención. Por ejemplo, podemos divulgar información a su proveedor para ayudarle a brindar los servicios de atención de la salud a usted.
- **Para las operaciones de atención de la salud.** Podemos utilizar o divulgar información médica en tanto sea necesario, para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con el suministro y manejo de su cobertura de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para actividades operativas como la evaluación y mejoramiento de la calidad.

- **Para los patrocinadores del plan.** Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal patrocinado por su empleador, podemos compartir información médica resumida e información sobre inscripción y desvinculación con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información médica con el patrocinador del plan para propósitos de administración del plan, si el patrocinador del plan está de acuerdo con ciertas restricciones especiales en la utilización y divulgación de la información, en conformidad con la ley federal.

**Podemos** utilizar o divulgar su información médica con los siguientes propósitos bajo circunstancias limitadas:

- **Como lo exija la ley.** Podemos divulgar información sobre usted, si la leyes federales o estatales así lo exigen.
- **A personas involucradas en su atención.** Podemos utilizar y divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención o que pueda ayudar en el pago de su atención, como a un familiar o un amigo personal cercano, cuando esté incapacitado, en situaciones de emergencia, o cuando usted acuerde o no pueda objetar cuando tenga la oportunidad. Si usted no está disponible o no puede objetar, usaremos nuestro mejor juicio para decidir si la divulgación es para su mejor interés.
- **A los cuerpos de seguridad.** Podemos divulgar su información médica a un oficial de los cuerpos de seguridad para brindar información limitada para ubicar a una persona perdida o para reportar un delito.
- **A instituciones correccionales o a oficiales de cuerpos de seguridad.** Podemos divulgar su información médica si usted es un reo de una institución correccional o está bajo custodia de los cuerpos de seguridad, pero solo si es necesario para que esta institución le suministre atención médica; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o por la seguridad de la institución correccional.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad** de usted, de otra persona o del público. Por ejemplo, podemos divulgar información a una agencia de salud pública o a los cuerpos de seguridad en caso de un desastre natural.
- **Para actividades de salud pública,** tales como reportar el surgimiento de una enfermedad a una autoridad válida de salud pública.
- **Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales que estén autorizadas por ley para recibir tal información, incluyendo las agencias de servicio social o las agencias de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades que estén autorizadas por la ley, como una acreditación, auditorías del gobierno e investigaciones sobre fraude y abuso.
- **Para procedimientos administrativos o judiciales** para responder a una orden judicial, a una orden de registro o a una citación.

- **Para las funciones especializadas del gobierno** tales como actividades de inteligencia y seguridad nacional, los servicios de protección del presidente y otros, o si usted es un militar, como lo requieren las fuerzas armadas.
- **Para asociados comerciales** que llevan a cabo funciones en nuestro nombre o que nos brindan servicios, si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Nuestros asociados comerciales están obligados, bajo la ley federal y un contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no están autorizados para utilizar o divulgar ninguna información diferente a la permitida por el contrato o por la ley federal.
- **Por accidentes de trabajo**, según sea autorizado, o en la medida necesaria para cumplir con las leyes de accidentes de trabajo del estado que rigen lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para suministrar información relacionada con difuntos.** Podemos divulgar información al forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, para determinar la causa de su muerte o según lo autorice la ley. Podemos divulgar información a directores de funerarias según sea necesario para que cumplan con sus funciones.
- **Para la donación de tejidos, órganos u ojos de cadáveres.** Podemos divulgar información a las entidades que manejan la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejido para facilitar la donación y el trasplante.

Con excepción de los usos y divulgaciones descritas y limitadas, según se explica en esta notificación, utilizaremos y divulgaremos su información médica solamente con su autorización escrita. No compartiremos su información personal para fines de comercialización y no la venderemos a menos que nos otorgue su permiso por escrito.

## nuestras responsabilidades

- La ley exige que mantengamos la privacidad y seguridad de la información confidencial de su salud.
- Le haremos saber a la brevedad si se incurre en algún incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y suministrarle una copia de ésta.
- No utilizaremos o compartiremos su información de ninguna otra manera que no sean las descritas en la presente, a menos que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito a la información de contacto que aparece abajo, si cambia de parecer.

## sus derechos

- **Derecho a revisar y a tener copia.** Usted tiene el derecho a revisar y hacer copias de cierta información médica protegida que puede utilizarse para tomar decisiones sobre los beneficios de su plan. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe ser enviada a la Oficina de Privacidad de Ameritas en la información

de contacto que aparece abajo. Normalmente, brindaremos acceso a su información médica protegida dentro de los 30 días de haber recibido su solicitud. Nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa por el costo de las copias, del correo o de otros suministros relacionados con su solicitud. Usted también puede pedirles acceso a sus registros a sus proveedores. Podemos negar su solicitud en circunstancias muy limitadas. Si negamos su solicitud para revisar u obtener una copia de su información médica protegida, le informaremos por escrito sobre la(s) razón(es), dentro de los 30 días.

- **Derecho a enmendar.** Usted tiene derecho a solicitar que nosotros enmendemos, corrijamos o eliminemos su información médica protegida de nuestros registros, si cree que es inexacta o incompleta. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe ser enviada a la Oficina de Privacidad de Ameritas en la información de contacto que aparece abajo. Adicionalmente, debe dar el motivo por el cual presenta la solicitud. Responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 días. Podemos negar una solicitud para enmendar si no se hace por escrito o si no incluye una razón para respaldarla. Si negamos la solicitud, le comunicaremos la(s) razón(es) de esa negación. Si negamos su solicitud, usted tiene el derecho a presentar una declaración de no conformidad por escrito y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.
- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Usted puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo: teléfono particular o laboral) o que le enviemos correo a un domicilio diferente. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe ser enviada a la Oficina de Privacidad de Ameritas en la información de contacto que aparece abajo. Consideraremos todas las solicitudes razonables, y responderemos "sí" si usted explica que correría peligro ante una respuesta distinta.
- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones de su información médica protegida.** Usted tiene el derecho a recibir una lista de las veces en que hemos compartido su información médica por hasta seis años anteriores a su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe ser enviada a la Oficina de Privacidad de Ameritas en la información de contacto que aparece abajo. Incluiremos todas las divulgaciones, con excepción de aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y algunas más (como las que usted nos pida que hagamos). Suministraremos en forma gratuita un informe al año, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo, si nos pide otro dentro de los 12 meses.
- **Conocer las razones de una decisión desfavorable en la aprobación de la póliza de seguro.** Usted tiene derecho a saber la(s) razón(es) de una decisión desfavorable en la aprobación de la póliza de seguro. Su solicitud debe ser hecha por escrito y debe hacerse dentro de los 90 días desde cuando se envió la decisión de aprobación desfavorable. Responderemos dentro de los 21 días. Las decisiones de aprobación desfavorables anteriores no pueden utilizarse como fundamento para futuras decisiones de aprobación, a menos que hagamos una evaluación independiente de los hechos fundamentales. Su información genética no puede utilizarse para los propósitos de aprobación de la póliza de seguro.

- **Pedirnos que limitemos la información que compartimos.**  
Puede enviarnos una solicitud escrita en la información de contacto que aparece abajo, para que no utilicemos o no compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. No estamos obligados a estar de acuerdo con estas solicitudes.
- **Obtener una copia de esta Notificación de Privacidad.**  
Usted nos puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento, inclusive si ha acordado recibir la notificación en forma electrónica. Le ofreceremos una copia impresa con diligencia.

## **cómo ejercer sus derechos**

- **Enviar una solicitud por escrito** Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, si desea obtener más información sobre cómo ejercer sus derechos, o quiere obtener un formulario de autorización, comuníquese con nosotros en: The Privacy Office, Attn. HIPAA Privacy, P.O. B.P.O. Box 82520, Lincoln, NE 68501-2520, o mediante correo electrónico a [privacy@ameritas.com](mailto:privacy@ameritas.com), o llamando al 1-800-487-5553.
- **Presentar una queja** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros a la información de contacto que aparece abajo. También puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos para los Derechos Civiles de los Estados Unidos, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Esta notificación revisada es efectiva a partir del 30/9/17.