



Accident ProGuard

Seguro por enfermedad crítica y accidente

Una red de seguridad de cobertura complementaria

Índice

¿Por qué elegir Accident ProGuard?	2	Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	6
Qué incluye la cobertura	3	Exclusiones y limitaciones	7
Cobertura para accidentes	4	Avisos	9
Cobertura para enfermedad crítica	5		

Este producto proporciona beneficios limitados.

Esta es una póliza de accidentes que incluye beneficios por enfermedad crítica, muerte accidental y desmembramiento. Esta 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.

APG-GRI, -50 (AK), 01 (AL), -02 (AZ), -03 (AR), -04 (CA), -07 (DE), -08 (DC), -09 (FL), -10 (GA), -51 (HI), -12 (IL), -13 (IN), -14 (IA), -15 (KS), -17 (LA), -18 (ME), -19 (MD), -22 (MN), -23 (MS), -24 (MO), -25 (MT), -26 (NE), -27 (NV), -32 (NC), -34 (OH), -35 (OK), -36 (OR), -38 (RI), -39 (SC), -40 (SD), -42 (TX), -43 (UT), -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

¿Por qué elegir Accident ProGuard?

Porque esto afecta a su familia,
su hogar y a 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 o enfermedad crítica puede
ocasionar pérdidas de salarios.
Accident ProGuard puede ayudar.*

CUIDE A SU FAMILIA

*Una lesión y enfermedad pueden afectar
a toda la familia. Accident ProGuard
puede ayudar a pagar los gastos médicos,
lo que le ayuda a mantener el enfoque
donde debe estar: en la recuperación.*



*Obtenga beneficios por gastos inesperados
relacionados con un accidente o una
enfermedad crítica que califique. Deje que
Accident ProGuard le ayude.*

Una familia
estadounidense
promedio tiene menos de
\$5,300
en sus cuentas de ahorros.

— www.ValuePenguin.com

Encuesta de la Reserva Federal 2019





¿Qué es Accident ProGuard?

Es un pago para gastos asociados con un accidente o el pago de suma global para diagnóstico de enfermedad crítica. Este pago se le realiza directamente a usted.



1

ELIJA BENEFICIO POR LESIONES ACCIDENTALES

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



2

ELIJA EL BENEFICIO DE ENFERMEDAD CRÍTICA

El máximo de por vida es 3 veces el monto elegido.



3

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO INCLUIDO
con cada plan. (Es igual al monto por lesiones accidentales).

Elija cuánta cobertura desea.

		PREGUNTAS MÉDICAS SIMPLES ACCIDENT PROGUARD	EMISIÓN GARANTIZADA ACCIDENT PROGUARD GI
DEDUCIBLE POR LESIÓN ACCIDENTAL ¹ (por persona cubierta, hasta 2 por familia por año calendario)	Usted paga:	\$250	\$250
MONTO DEL BENEFICIO POR LESIÓN ACCIDENTAL (por persona cubierta, por año calendario) ²	Pagamos hasta:	\$5,000 o \$10,000	\$5,000 o \$7,500
MONTO DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD CRÍTICA ³ Asegurado principal, por enfermedad. El máximo de por vida es 3 veces el monto elegido.	Pagamos hasta: 3 veces	\$10,000, \$20,000, \$30,000 o \$50,000	\$5,000 o \$7,500 (según el monto por lesión accidental seleccionado)
MONTO DEL BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) (por persona cubierta, máximo de por vida)	Pagamos hasta:	\$5,000 o \$10,000 (según el monto por lesión accidental seleccionado)	\$5,000 o \$7,500 (según el monto por lesión accidental seleccionado)

¹ CA: sin 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.

³ Se aplica un período de espera de 30 días para el beneficio por enfermedad crítica en la mayoría de los estados. Los beneficios pagados se basan en la enfermedad cubierta que se diagnostica. Consulte la página 5 para más detalles. Si su cónyuge o hijos están en la póliza, están cubiertos al 50 % del monto elegido de beneficio por enfermedad crítica del asegurado principal. El monto del beneficio por enfermedad cubierta se reducirá automáticamente en un 50 % a los 65 años o más. Sujeto a limitación por afección preexistente.





SERVICIOS CUBIERTOS LESIÓN ACCIDENTAL

Accident ProGuard 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 LAS 30 DÍAS

Ambulancia

Servicios de anestesia

Visitas al médico

Fracturas²

Hospitalización/UCI

Análisis de laboratorio y
radiografías

Resonancias magnéticas y
tomografías computarizadas

Recetas

Dispositivos protésicos

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 CA: sin deducible

Cada año, millones de personas se lesionan y sobreviven.

— www.cdc.org

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

Ejemplo de lesión accidental

Nivel de beneficios de \$10,000

Edgar sufre un grave accidente y se fractura el brazo mientras anda en bicicleta de montaña por el parque. Una ambulancia lo lleva al hospital donde se somete a una cirugía para reparar la fractura. Sus gastos médicos totales son de \$7,006.

Beneficio total pagado a Edgar:

(Beneficio de \$7,006 - deducible de \$250 ³)

\$6,756



USE ESTE DINERO

**COMO CONSIDERE
CONVENIENTE**

Edgar recibe este beneficio independientemente de los beneficios que otro seguro pague, y aún le quedan \$3,244 del beneficio por accidente para el año. El beneficio de \$10,000 se renueva el año siguiente.

Todos los reembolsos por servicios cubiertos se aplican después de un deducible de \$250 por año calendario³ 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.





AFECCIONES CUBIERTAS ENFERMEDAD CRÍTICA

El pago del beneficio máximo de por vida es tres veces el monto del beneficio seleccionado. Se aplica un período de espera de 30 días a todos los beneficios en la mayoría de los estados¹.

3
veces

% DEL BENEFICIO PAGADO AFECCIONES CUBIERTAS

Ataques cardíacos	100%
Accidente cerebrovascular	100%
Cáncer invasivo después de 90 días ²	100%
Coma	100%
Parálisis	100%
Insuficiencia de órganos/tejidos principales	100%
Quemaduras de tercer grado	100%
Insuficiencia renal en etapa terminal	100%
Pérdida de la audición (sordera)	100%
Pérdida del habla	100%
Pérdida de la visión (ceguera)	100%
Cáncer no invasivo después de 90 días ²	25 %
Tumor cerebral benigno	25 %

Enfermedades cardíacas: derivación de arteria coronaria con injerto u otro tipo de derivación, eliminación de coágulos con Angiojet, angioplastia con láser/globo, artrectomía, implante de stent, cirugía de aneurisma aórtico abdominal o cirugía a corazón abierto para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas³

25 %

¹ IL y MO, dentro de los 30 días: máximo de \$500. MD: sin período de espera
² El diagnóstico de 31 a 90 días después de la fecha de entrada en vigencia del plan paga el 10 % del beneficio. UT: más de 30 días después de la fecha de entrada en vigencia - 100 % MD: sin período de espera
³ La lista de enfermedades cardíacas está agrupada en un beneficio, incluso si usted experimenta más de una de las afecciones cardíacas enumeradas, se paga una vez.

Más de 15.5 millones de estadounidenses con antecedentes de cáncer estaban vivos el 1.º de enero de 2016.

— www.cancer.org Datos y cifras sobre el cáncer en 2017, Sociedad Americana contra el Cáncer



Ejemplo de enfermedad crítica

Nivel de beneficios de \$30,000

Dos años después de comprar Accident ProGuard, Diana experimenta falta de aire, fatiga y fiebre. Las pruebas conducen a un diagnóstico de leucemia, un cáncer invasivo. El tratamiento y el tiempo de recuperación resultantes la hacen temporalmente incapaz de trabajar. La póliza que adquirió ayuda a cubrir las facturas de su familia, e incluso ayuda a pagar lo que su plan de seguro de salud no cubre.

100 % del pago del beneficio
por leucemia:

\$30,000



USE ESTE DINERO

**COMO CONSIDERE
CONVENIENTE**

Solo se le permitirá el pago de un beneficio por persona cubierta por póliza para cada una de las afecciones mencionadas, y deben transcurrir 180 días entre cada diagnóstico que califique. Si su cónyuge o hijos están en la póliza, están cubiertos al 50 % del beneficio por enfermedad crítica del asegurado principal.

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 resultantes de un accidente, sujeto al máximo de por vida. El desmembramiento o la muerte resultantes de un accidente deben ocurrir dentro de los 30 días* posteriores al accidente. Todos los beneficios se pagan al asegurado o beneficiario.

% DEL BENEFICIO PAGADO AD&D

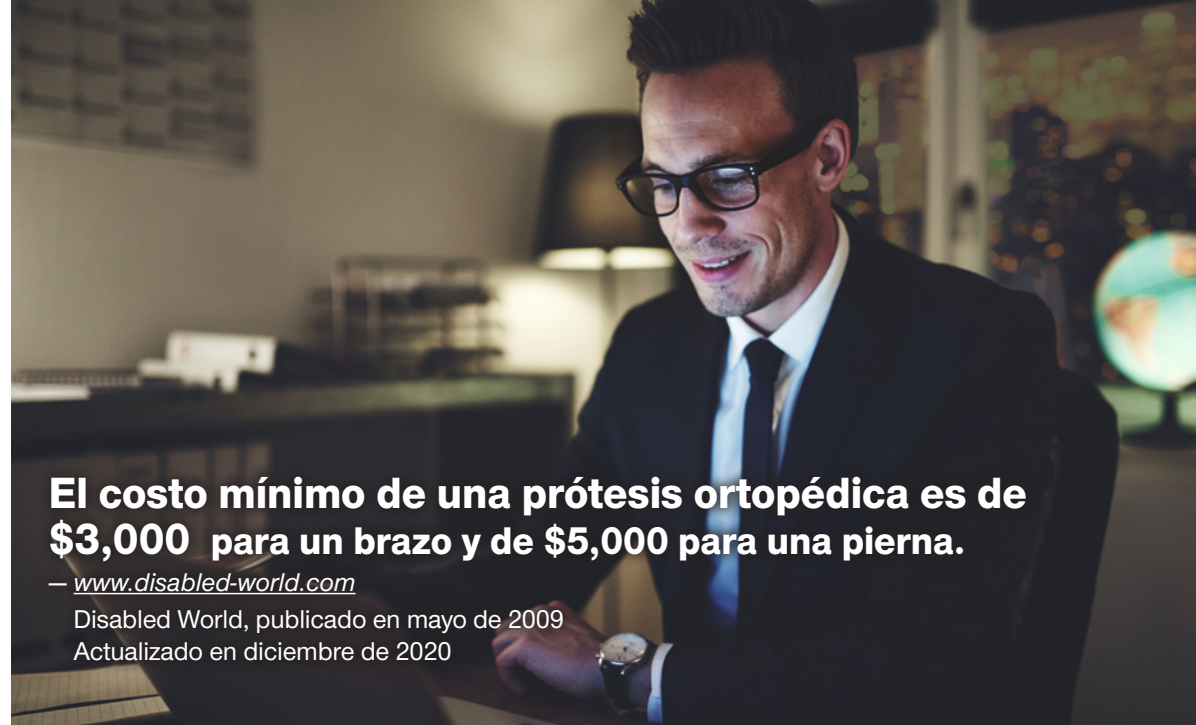
Muerte como resultado de una lesión accidental dentro de los 30 días* posteriores a un accidente cubierto. 100%

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 y TX: dentro de los 90 días. UT: dentro de los 180 días.



¿Por qué elegir Accident ProGuard?



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 beneficios de \$5,000

A Jerry no le gusta hablar sobre ese accidente por el que perdió el pie. Sin embargo, puede hablar con gusto sobre lo útil que fue su plan Accident ProGuard en ese momento. Había elegido el nivel de beneficios por accidentes de \$5,000. Ese monto de \$5,000 y los \$2,500 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:

\$2,500



USE ESTE DINERO

**COMO CONSIDERE
CONVENIENTE**

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

Porque Accident ProGuard combina la cobertura por accidentes con beneficios por AD&D y enfermedades críticas para ayudarle a prepararse para lo inesperado.



Otros detalles (todos los planes del 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	Mississippi
Alaska	Missouri
Arizona	Montana
Arkansas	Nebraska
California	Nevada
Delaware	Carolina del Norte
DC	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregón
Hawái	Rhode Island
Illinois	Carolina del Sur
Indiana	Dakota del Sur
Iowa	Texas
Kansas	Utah
Luisiana	Virginia
Maine	Occidental
Maryland	Wisconsin
Minnesota	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 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 aplicable.
- Tomar voluntariamente cualquier sedante o medicamento, ni por la inhalación de cualquier gas.
- Cualquier servicio o internación relacionados con el tratamiento de terapia para trastornos mentales o abuso de sustancias (trastorno por consumo de sustancias en AR).
- Infecciones de cualquier tipo, independientemente de cómo se contraigan.
- Operar un taxi o cualquier otro transporte de pasajeros por un 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, instruye, 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).
- Participación en actividades peligrosas.
- Una lesión o enfermedad que resulte de un empleo o en el transcurso de este, en el que obtiene un 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.
- La ley y las regulaciones de Maryland exigen los gastos de una derivación prohibida (solo para MD).

Sin coordinación de beneficios por accidentes

Accident ProGuard y Accident ProGuard GI pagan beneficios incluso si usted 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 (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 la edad, el género o el 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 cualquier prima futura puede ser ajustada y las primas anteriores pueden ser reembolsadas o adeudadas a nosotros según la información correcta sobre la edad, el género o el consumo de tabaco.

Si la edad de una persona cubierta se ha declarado erróneamente y no hubiéramos emitido cobertura para esa persona cubierta, es posible que reembolsemos la prima pagada menos cualquier monto de beneficio pagado por nosotros, y la cobertura sería nula a partir de la fecha de entrada en vigencia.



Otros detalles (todos los planes del 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	Mississippi
Alaska	Missouri
Arizona	Montana
Arkansas	Nebraska
California	Nevada
Delaware	Carolina del Norte
DC	Ohio
Florida	Oklahoma
Georgia	Oregón
Hawái	Rhode Island
Illinois	Carolina del Sur
Indiana	Dakota del Sur
Iowa	Texas
Kansas	Utah
Luisiana	Virginia Occidental
Maine	Wisconsin
Maryland	Wyoming
Minnesota	

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.

Condiciones preexistentes para enfermedades críticas

No pagaremos beneficios por el diagnóstico de una enfermedad crítica que se deba a una afección preexistente durante los primeros 12 meses consecutivos (ME y UT, 6 meses) después de la fecha de entrada en vigencia de la persona cubierta, incluido cualquier período de espera. Después de los 12 meses (ME y UT, 6 meses) posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de una persona cubierta, el diagnóstico de una enfermedad crítica como resultado de una afección preexistente está cubierto, a menos que se excluya de otro modo en la cláusula/póliza.

“Afección preexistente” se refiere a una enfermedad, lesión o afección:

- Para la cual una persona cubierta recibió (o se recomendó que recibiera) asesoramiento médico, un diagnóstico, atención médica o tratamiento o medicamento recetado dentro de los 12 meses (ME, NV, UT y WY dentro de los 6 meses) inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia en la que la persona cubierta quedó asegurada en virtud de la póliza/cláusula; o

Para residentes de Wyoming:

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

- de la cual se manifestaron síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara un diagnóstico o tratamiento dentro de los 12 meses (ME, NV y UT dentro de los 6 meses) inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia aplicable en la que la persona cubierta quedó asegurada en virtud de la póliza/cláusula, excepto en CA, MT, NC y WY.

Definición razonable y habitual

Nuestro cargo razonable y habitual se basa en el cargo más frecuente para 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 número 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;
- 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.

Suscripción

Los planes de ProGuard están sujetos a la suscripción de un seguro médico. Los planes de ProGuard GI no son. Si proporciona información incorrecta o incompleta en su solicitud de seguro, su cobertura podría ser anulada o se podrían rechazar las reclamaciones.



Aviso a Nuestros Clientes sobre el Seguro Suplementario

- El plan suplementario que se presenta en este documento es independiente de cualquier cobertura de seguro de salud o de Medicare Advantage que pueda haber adquirido con otra compañía de seguros.
- Este plan ofrece una cobertura opcional por una prima adicional. Su objetivo es complementar su seguro de salud y proporcionarle beneficios adicionales para los gastos cubiertos.
- No es necesario tener este plan para adquirir un seguro de salud con otra compañía de seguros.
- Este plan no sustituye la cobertura de un seguro de salud completo. Tampoco se considera cobertura mínima esencial.

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 tendrá una validez de 30 meses a partir de la fecha indicada.

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

Avisos de Prácticas de Privacidad de los Planes de Salud

En este aviso se describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información.

Consúltelo aquí. Léalo con mucha atención.

(<https://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/npp/NPP-UHC-EI-UHOne-EN.pdf>)

