

## Elegibilidad para servicios dentales y de la vista *Inscripción/cambio/renuncia*

**Servicios dentales** Selección del plan dental (si aplica): \_\_\_\_\_  **Servicios para la vista**

**Tipo de actualización:** indique el tipo de actualización y complete la información correspondiente

Renunciar a los beneficios   
  Nueva inscripción   
  Reinscripción   
  Cambios/correcciones a la información  
 Cancelación de los beneficios \*si usted está renunciando a sus beneficios, consulte la página dos\*

Fecha de vigencia del cambio (si aplica): \_\_\_\_\_ El cambio es para:  Suscriptor     Dependientes

### Información del empleador

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del subgrupo (si aplica): \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de subgrupo (si aplica): \_\_\_\_\_

### Información del suscriptor: llénela para todas las inscripciones/cambios

Marcar si es una nueva dirección

Estado:  Activo     COBRA     Jubilado     Sobreviviente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Primer nombre    Inicial del segundo nombre    Apellido

Dirección: \_\_\_\_\_ Oficina/Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del puesto: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MM / DD / AAAA

MM / DD / AAAA

MM / DD / AAAA

### Información del cónyuge/dependiente: complete la información para el cónyuge/dependientes en caso sea primera inscripción o para realizar correcciones

Escriba el nombre legal completo (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación	Servicios dentales		Servicios para la vista		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estado (si aplica)
		Agregar	Retirar	Agregar	Retirar		
	CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sobreviviente
	DEPENDIENTE UNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Legal
	DEPENDIENTE DOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Legal
	DEPENDIENTE TRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Legal
	DEPENDIENTE CUATRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sobreviviente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Legal

**ESTA PÓLIZA PROPORCIONA ÚNICAMENTE BENEFICIOS DENTALES/DE LA VISTA. REVISE SU PÓLIZA ATENTAMENTE.**

Nombre del suscriptor en letra de molde: \_\_\_\_\_

Yo solicito cobertura bajo el plan de seguro colectivo de mi empleador a quien autorizo a hacer las deducciones de mis ingresos para las contribuciones requeridas, si existe alguna, para pagar el costo de la cobertura. Recibiré un certificado de cobertura en versión digital o impresa. Al firmar a continuación, acepto recibir de forma electrónica mi certificado de cobertura y los documentos relacionados de acuerdo con los Términos para una entrega electrónica (*adjunto a este formulario*). Dichos términos indican la manera en la que puedo solicitar una copia impresa en cualquier momento.

**ADVERTENCIA: Cualquier persona que, con intención de defraudar o que tenga el conocimiento de estar facilitando un fraude contra una compañía aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que incluya una declaración falsa o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguro.** (*Consulte la página siguiente para ver las variaciones específicas de este aviso de fraude para cada estado*).

Firma del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RENUNCIAR A LA COBERTURA:** *si usted está renunciando a la cobertura, llene esta sección.*  
(*es posible que la renuncia no esté permitida para este plan, confírmelo con su empleador*)

Renuncia de la cobertura para (*marque todas las opciones que correspondan*):  Mía  Cónyuge  Solo los hijos

Por este medio certifico que entiendo que soy elegible para la cobertura de servicios dentales y/o de la vista ofrecidos por Renaissance Life & Health Insurance Company of America. Por este medio rechazo la cobertura.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SI RENUNCIA A LA COBERTURA DE RENAISSANCE DEBIDO A LA COBERTURA DE OTRA FUENTE:**

Nombre de la otra compañía aseguradora que proporciona cobertura de servicios dentales/de la vista: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ NSS del suscriptor: \_\_\_\_\_

**CONSEJOS ÚTILES:** *si tiene alguna pregunta al llenar este formulario, el Departamento de Recursos Humanos o de Personal puede ayudarle con esto.*

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR:** *esta sección se debe completar para poder administrar su inscripción o actualizar su información. Toda esta información debe aplicarse a usted, el suscriptor. Escriba claramente o en letra de molde.*

**Definiciones de estado:** *seleccione solo un estado:*

- **Activo:** *suscriptor actual/activo*
- **Jubilado:** *jubilado y su grupo está proporcionando los beneficios*
- **COBRA:** *ya no es un suscriptor activo, pero tiene cobertura continua que usted mismo paga con COBRA. (es posible que se solicite a los empleadores que ofrezcan la cobertura extendida pagada por usted mismo a algunos empleados/beneficiarios que califiquen y que pierdan su cobertura de beneficios de atención médica. Confirme con el Departamento de Recursos Humanos/Personal).*
- **Sobreviviente:** *cónyuge/hijo sobreviviente de un suscriptor fallecido.*

**TIPO DE ACTUALIZACIÓN:** *seleccione todas las opciones que apliquen*

- **Renuncia:** *renuncia a los beneficios para sí mismo o para los dependientes.*
- **Nueva inscripción:** *primera vez que se inscribe a sí mismo o a los dependientes.*
- **Restablecimiento:** *restablecer la cobertura para sí mismo o para los dependientes.*
- **Cambios/correcciones a la información:** *enviar cualquier cambio a la información/beneficios para sí mismo o para los dependientes.*

- **Cancelación de los beneficios:** *cancelar la cobertura para sí mismo o para los dependientes.*

**INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/DEPENDIENTE:** *esta sección se debe llenar cuando: registre al cónyuge/dependientes o haga cambios/correcciones a la información que se envió previamente a Renaissance. Incluya el nombre completo y el tipo de cobertura para cualquier persona a quien está inscribiendo o para quien está haciendo un cambio o modificación.*

**Definiciones de estado de dependiente:** *seleccione todas las opciones que apliquen*

- **Sobreviviente:** *cónyuge o hijo de un suscriptor fallecido.*
- **Legal:** *una persona sobre quien el suscriptor tiene tutela legal o un acuerdo similar que le confiere autoridad (y la obligación correspondiente) para cuidar de la persona y de la propiedad de la persona según la ley aplicable.*
- **Discapacitado:** *un dependiente legal quien tiene una discapacidad permanente antes de la fecha en que su cobertura terminaría de otra manera debido a la edad.*

**AVISOS DE ADVERTENCIA DE FRAUDE:** Si usted vive en un estado en donde aplica uno de estos avisos de fraude, revise el que sea específico de su estado.

**AK:** Cualquier persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser procesada según la ley estatal.

**AL/AR/LA/NM/RI/WV:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o presente a sabiendas información falsa en una solicitud para el seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a encarcelamiento.

**CA:** Para protegerlo, la ley de California exige que el siguiente texto se incluya en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a encarcelamiento en una prisión estatal. La ley de California prohíbe que las compañías aseguradoras requieran o usen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura de seguro médico.

**CO:** Es ilegal proporcionar deliberadamente datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que deliberadamente proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de la póliza o demandante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o demandante respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

**DC:** ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudar a la compañía aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una compañía aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información materialmente falsa relacionada con un reclamo.

**GA:** Una persona condenada por una violación de fraude de seguro será culpable de un delito y será sancionada con encarcelamiento por no menos de dos o más de diez años o una multa de no más de diez mil dólares, o ambas.

**HI:** Cualquier persona que presente un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o beneficios es culpable de un delito penado con multas o encarcelamiento, o ambas.

**KS:** Cualquier persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, podría ser culpable de fraude de seguro según lo determine un tribunal judicial.

**KY:** Cualquier persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito.

**ME/TN/WA:** Es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.

**MD:** Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud para el seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.

**MN:** Cualquier persona que presente un reclamo con el propósito de defraudar o que ayude a cometer un fraude contra una compañía aseguradora es culpable de un delito.

**NC:** Cualquier persona que, con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a un demandante del seguro, envíe una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de un delito (delito clase H) que PODRÍA someter a la persona a sanciones criminales y civiles.

**NH:** Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y deberá someterse a una sanción civil.

**NJ:** Cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro está sujeta a sanciones criminales o civiles.

**OH/OR:** Cualquier persona que con la intención de defraudar o sabiendo que él o ella está facilitando un fraude contra una compañía aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que incluya una declaración falsa o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguro.

**OK:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente un reclamo del producto de seguro que incluya cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.

**PA:** Cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones criminales y civiles.

**TX:** Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a encarcelamiento en una prisión estatal.

**VT:** Cualquier persona que deliberadamente presente una declaración falsa en una solicitud de seguro podría ser culpable de un delito criminal y estar sujeta a sanciones según la ley estatal.

**VA:** CUALQUIER PERSONA QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE ÉL O ELLA ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ENVÍE UNA SOLICITUD O PRESENTE UN RECLAMO QUE INCLUYA UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA, PODRÍA HABER VIOLADO UNA LEY ESTATAL.



Renaissance®

DENTAL · VISION · LIFE · DISABILITY

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Fecha de este aviso: miércoles, 09 de septiembre de 2015**

**ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN LA QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y LA MANERA EN LA QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Delta Dental Plan of Michigan, Inc., Delta Dental Plan of Ohio, Inc., Delta Dental Plan of Indiana, Inc., Delta Dental Plan of Arkansas, Inc., Delta Dental of Kentucky, Inc., Delta Dental Plan of New Mexico, Inc., Delta Dental of North Carolina, Delta Dental of Tennessee, Renaissance Life & Health Insurance Company of America, Renaissance Health Insurance Company of New York, y Renaissance Systems & Services, LLC (en conjunto, “nosotros” o “nos” o el “Plan”). Dichas entidades se han designado como entidad cubierta afiliada única a los efectos de las normas de privacidad en virtud de la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) de 1996, y cada una de ellas ha aceptado regirse por las condiciones del presente Aviso y podrán compartir información de salud protegida entre sí, según sea necesario para los fines de tratamiento, pago o realización de operaciones de atención médica, o conforme lo permita la ley.

La Norma de privacidad de la HIPAA protege únicamente determinada información médica conocida como “información de salud protegida” (“PHI”, por sus siglas en inglés). En general, la PHI corresponde a la información médica que identifica a cada persona, incluyendo sus datos demográficos, que recopilamos de usted o nos llegan a través de un proveedor de atención médica, un servicio de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud colectivo en relación con:

- (1) su salud o afección física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la atención médica que recibe; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la atención médica que recibe.

La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud y hacerle entrega de este aviso que incluye nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud. Nuestro compromiso es proteger su información médica.

Cumplimos las disposiciones de la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Economía y la Salud Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). Mantenemos una política de reporte por incumplimiento y contamos con las medidas de protección adecuadas para hacer seguimiento de las divulgaciones requeridas y cumplir con las obligaciones de información pertinentes. Le notificaremos de inmediato en el caso de que se produzca un incumplimiento que haya podido comprometer la seguridad o privacidad de nuestra PHI. Asimismo, cumplimos con los requisitos “Mínimos necesarios” de conformidad con la HIPAA y las enmiendas de HITECH.

Para obtener más información en cuanto a este Aviso, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar o divulgar su PHI.

**Para fines de tratamiento** Podemos usar o divulgar su PHI a fin de facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de proveedores. Asimismo, podemos divulgar su PHI a los proveedores que participan en su atención, como dentistas, médicos, enfermeros o técnicos. Por ejemplo, podemos proporcionar a su nuevo dentista la información de una radiografía dental que le tomó su dentista anterior para que pueda determinar si afecta a su tratamiento actual.

**Para fines de pago** Podemos usar o divulgar su PHI para obtener el pago de su tratamiento y realizar otras actividades asociadas con el pago, como determinar la elegibilidad para beneficios del Plan, obtener el pago del cliente de los beneficios, procesar sus reclamaciones, tomar decisiones en cuanto a la cobertura, administrar los beneficios del Plan y coordinar beneficios.

**Para fines de operaciones de atención médica** Podemos usar y divulgar su PHI para otras operaciones del Plan, como por ejemplo, fijar tarifas, realizar actividades de mejora y evaluación de calidad, revisar su tratamiento, obtener servicios jurídicos y de auditoría, detectar fraude y abuso, realizar actividades de planificación comercial y otras actividades de administración general. De acuerdo con la Ley de no Discriminación por Información Genética de 2008, tenemos prohibido usar su información genética con fines de validación.

**A socios comerciales** Podemos contratar a particulares o entidades, a los cuales se les denomina Socios comerciales, para llevar a cabo diversas funciones o prestar determinados tipos de servicios en nombre del Plan. Con el fin de realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios comerciales pueden recibir, crear, mantener o divulgar su PHI, pero solamente si acuerdan por escrito con el Plan implementar las medidas de protección pertinentes respecto de su PHI. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su PHI a un Socio comercial para que administre reclamaciones o preste servicios de apoyo, como gestión de utilización, evaluación de calidad, servicios de facturación y cobranza o auditoría, pero solo después de que el Socio comercial haya celebrado un Acuerdo de socio comercial con el Plan.

**Beneficios y servicios médicos** Podemos usar o divulgar su información médica para darle información sobre sus beneficios y servicios médicos. Por ejemplo, podemos comunicarle los beneficios y servicios médicos que le añaden valor a su plan de salud, pero que no forman parte de dicho plan.

**Para evitar una grave amenaza para la salud o la seguridad** Podemos usar y divulgar su PHI para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o de la población en general.

**Militares y veteranos** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su PHI si las autoridades de comando militar lo requieren.

**Indemnización laboral** Podemos divulgar su PHI conforme sea necesario para cumplir con los programas de indemnización laboral u otros similares.

**Riesgos para la salud pública** Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública, como la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades, o para denunciar abuso infantil, violencia doméstica o exposición a enfermedades o infecciones.

**Actividades de fiscalización de la salud** Podemos divulgar PHI para ayudar a los organismos de salud durante auditorías, investigaciones o inspecciones.

**Demandas judiciales y controversias** Si es parte de una demanda o una controversia, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. Asimismo, podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación judicial, una solicitud de presentación de pruebas u otro procedimiento judicial de otra parte involucrada en la controversia, pero solo si se ha hecho lo posible por informarle acerca de la solicitud o por obtener una orden de protección de la información solicitada.

**Aplicación de la ley** Podemos divulgar PHI si un funcionario encargado del cumplimiento de la ley así lo solicita:

- En respuesta a una orden judicial, citación judicial, auto judicial, notificación de la admisión de la demanda o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona extraviada;
- Sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que según nuestra opinión puede ser consecuencia de una conducta delictiva; y
- En casos de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Oficiales de investigación forense, médicos forenses y directores de funeraria** Podemos divulgar PHI a un oficial de investigación forense o a un médico forense. Por ejemplo, podría ser necesario para los fines de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional** Podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional legalmente autorizadas.

**Al Patrocinador del Plan** Podemos divulgar su PHI a determinados empleados del Patrocinador del plan (es decir, la Empresa) a los efectos de administrar el Plan. Dichos empleados solo utilizarán o divulgarán su PHI conforme sea necesario para realizar las funciones administrativas del Plan o de conformidad con lo requerido por la HIPAA.

**Divulgación a terceros** Podemos usar o divulgar su PHI a sus familiares y amigos que participan en su atención o en el pago de ella. Asimismo, podemos divulgar PHI a una persona facultada legalmente para tomar decisiones por usted en materia de atención médica.

## **DIVULGACIONES OBLIGATORIAS**

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su PHI que el Plan está obligado a hacer:

**De conformidad con lo exigido por la ley** Podemos divulgar su PHI si las leyes federales, estatales o locales nos lo exigen. Por ejemplo, podemos divulgar PHI si lo exige una orden judicial en un proceso de litigio, como una acción por negligencia.

**Auditorías gubernamentales** El Plan debe divulgar su PHI al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en caso de que se encuentre realizando una investigación o intentando determinar el cumplimiento del Plan con la HIPAA.

**Divulgaciones a usted** Si usted lo solicita, el Plan debe revelar la parte de su PHI que contiene expedientes médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica.

## **AUTORIZACIÓN ESCRITA**

Utilizaremos y divulgaremos su PHI solamente conforme se describe en este Aviso. **No es necesario que tome medida alguna para permitirnos divulgar su PHI como se describe en este documento.** Si desea que utilicemos o divulguemos su PHI para algún otro fin, debe autorizarnos por escrito para hacerlo. Por ejemplo, podemos usar su PHI para fines de investigación si nos autoriza por escrito. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Una vez que recibamos su revocación, entrará en vigencia solamente para usos y divulgaciones que realicemos en el futuro. No tendrá validez para aquella PHI que ya hayamos utilizado o divulgado de conformidad con su autorización escrita. No venderemos nunca su PHI ni la usaremos para marketing sin su previa autorización por escrito. No podemos condicionar el tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para obtener beneficios en su aceptación de firmar una autorización.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LOS USOS O DIVULGACIONES DE SU PHI**

Para obtener información adicional sobre qué autorización tenemos o cuándo se nos exige divulgar su PHI, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

## **SUS DERECHOS RESPECTO DE LA PHI QUE MANTENEMOS**

Usted tiene los siguientes derechos en términos de la PHI que mantenemos acerca de usted:

**Su derecho de inspeccionar y copiar su PHI** Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar su PHI. Debe enviar su solicitud por escrito, y si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud. Se le enviará una copia en un plazo de 30 días a partir de su solicitud.

El Plan puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar la PHI en algunos casos limitados. En caso de que se le deniegue el acceso a su PHI, puede solicitar que se revise la denegación mediante la presentación de una solicitud por escrito a la Persona de contacto que se indica a continuación.

**Su derecho de modificar información incorrecta o incompleta** Si cree que su PHI que el Plan mantiene es incorrecta o incompleta, puede solicitar que se modifique mediante el envío de una solicitud por escrito. Asimismo, deberá especificar una razón que sustente su solicitud. No estamos obligados a modificar su PHI, pero si denegamos su solicitud, le proporcionaremos información acerca de nuestra denegación y cómo puede discrepar con ella en un plazo de 60 días a partir de su solicitud.

**Su derecho de solicitar restricciones en las divulgaciones de información a los planes de salud.** Si corresponde, puede solicitar que se apliquen restricciones a las divulgaciones de su PHI.

**Su derecho de solicitar una relación de las divulgaciones que hemos efectuado** Puede solicitar una relación de las divulgaciones que hemos realizado de su PHI, a excepción de las divulgaciones que le hemos hecho a usted o que hemos efectuado con su autorización por escrito, o que se han realizado para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, seguridad nacional o que son inherentes a otras divulgaciones permitidas. Debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud puede especificar un periodo de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Le haremos entrega de una lista de divulgaciones por cada periodo de 12 meses sin costo alguno; podremos cobrarle por listas adicionales.

**Su derecho de solicitar restricciones en los usos y las divulgaciones** Usted tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones respecto de la forma en que utilizamos o divulgamos su PHI. Debe presentar una solicitud de tales restricciones por escrito, incluida la información que desea limitar, el alcance de la limitación y las personas a las que se aplican los límites. Podemos denegar su solicitud.

**Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales a través de medios alternativos razonables o en un lugar alternativo** Puede solicitar que le enviemos las comunicaciones confidenciales de una manera alternativa (es decir, por fax o correo electrónico). Debe enviar su solicitud por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud; sin embargo, intentaremos adaptarnos a su solicitud si de lo contrario supondría un peligro para usted.

## **Su derecho de solicitar una copia impresa de este Aviso**

Para obtener una copia impresa de este Aviso o una explicación más detallada de estos derechos, envíenos una solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación. También puede obtener una copia de este Aviso en uno de nuestros sitios web:

[www.deltadentalmi.com](http://www.deltadentalmi.com),  
[www.deltadentaloh.com](http://www.deltadentaloh.com),  
[www.deltadentalin.com](http://www.deltadentalin.com),  
[www.deltadentalar.com](http://www.deltadentalar.com)  
[www.deltadentalky.com](http://www.deltadentalky.com),  
[www.deltadentalnc.com](http://www.deltadentalnc.com),  
[www.deltadentalnm.com](http://www.deltadentalnm.com),  
[www.deltadentaltn.com](http://www.deltadentaltn.com),  
[www.renaissancedental.com](http://www.renaissancedental.com) o  
[www.rss-llc.com](http://www.rss-llc.com).

## **Su derecho de designar un representante personal**

Tan pronto como se reciba la documentación apropiada para designar a una persona como representante personal, titular de un poder notarial médico o tutor legal, dicha persona tendrá autorización para actuar en su nombre y tomar decisiones en cuanto a su atención médica.

## **MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Podemos modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y aplicar las nuevas disposiciones a toda la PHI que mantenemos. Le informaremos si se efectúa alguna modificación importante al Aviso. La ley nos exige que cumplamos con la versión actual de este Aviso.

## **QUEJAS**

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad o de notificación en caso de incumplimiento de su PHI, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles. Debe enviar las quejas acerca de este Aviso o acerca de la forma en la que manejamos su PHI por escrito a la Persona de contacto indicada a continuación.

Las quejas a la Oficina de Derechos Civiles se deben enviar a Office of Civil Rights, U.S. Department of Health & Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, 1-877-696-6775. También puede visitar el sitio web de OCR en <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html> para obtener más información.

No se le sancionará, ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles.

## **ENVÍE TODAS LAS SOLICITUDES POR ESCRITO SOBRE ESTE AVISO DE PRIVACIDAD A:**

**Jonathan S. Groat**  
**Chief Privacy Officer**  
**P.O. Box 30416**  
**Lansing, MI 48909-7916**

**517-347-5451 (los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 711)**

Para asistencia en español, llame al número de servicio al cliente (customer service) que aparece en el reverso de su tarjeta para miembros.

Este documento también está disponible en otros formatos a solicitud y no tiene costo para las personas con discapacidad.

**DATOS****¿QUÉ HACE RENAISSANCE LIFE & HEALTH INSURANCE COMPANY OF AMERICA CON SU INFORMACIÓN PERSONAL?****¿Por qué?**

Las empresas financieras eligen cómo compartir su información personal. La ley federal les otorga a los consumidores el derecho de limitar una parte, pero no la totalidad, de la información que se puede compartir. Asimismo, la ley federal nos exige informarle de qué modo recopilamos, compartimos y protegemos su información personal. Lea este aviso atentamente para entender lo que hacemos.

**¿Qué?**

Los tipos de información personal que recopilamos y compartimos dependen del producto o servicio que usted tenga con nosotros. Esta información puede incluir:

- Número de Seguro social e información de las reclamaciones al seguro
- Historial de transacciones e información médica
- Información de pagos con tarjeta de crédito e información laboral

Cuando ya no es nuestro cliente, continuamos compartiendo su información conforme se describe en este aviso.

**¿Por qué?**

Todas las empresas financieras deben compartir la información personal de sus miembros para llevar a cabo sus operaciones ordinarias. En la siguiente sección, enumeramos las razones por las que las empresas financieras pueden compartir la información personal de sus miembros, las razones por las que Renaissance Life & Health Insurance Company of America elige compartirla, y si usted puede o no limitar esa información que compartimos.

Razones por las que podemos compartir su información personal	¿Comparte información Renaissance Life & Health Insurance Company of America?	¿Puede usted limitar la información que compartimos?
<b>Para fines comerciales cotidianos:</b> como procesar sus transacciones, mantener su o sus cuentas, responder a órdenes judiciales e investigaciones legales o proporcionar información a agencias de crédito	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Para nuestros fines de marketing:</b> para ofrecerle nuestros productos y servicios	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Para marketing conjunto con otras empresas financieras</b>	<b>No</b>	<b>No la compartimos</b>
<b>Para fines comerciales cotidianos de nuestras empresas afiliadas:</b> información sobre sus transacciones y experiencias	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>Para fines comerciales cotidianos de nuestras empresas afiliadas:</b> información sobre su solvencia	<b>No</b>	<b>No la compartimos</b>
<b>Para que empresas no afiliadas le ofrezcan sus productos y servicios</b>	<b>No</b>	<b>No la compartimos</b>

**¿Tiene preguntas?**

Llame al 517-347-5451 o visite [www.renaissancedental.com](http://www.renaissancedental.com)

(los usuarios de teléfonos de texto (TTY) deben llamar al 711)

Para asistencia en español, llame al número de servicio al cliente (customer service) que aparece en el reverso de su tarjeta para miembros.

Este aviso también está disponible en otros formatos a solicitud y no tiene costo para las personas con discapacidad.



**Qué hacemos**

<p><b>¿De qué modo Renaissance Life &amp; Health Insurance Company of America protege mi información personal?</b></p>	<p>Para proteger su información personal contra el acceso y el uso no autorizados, utilizamos medidas de seguridad que cumplen con las leyes federales. Estas medidas incluyen protecciones informáticas así como archivos y edificios seguros.</p>
<p><b>¿De qué modo Renaissance Life &amp; Health Insurance Company of America recopila mi información personal?</b></p>	<p>Por ejemplo, recopilamos su información personal cuando usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Solicita un seguro o paga reclamaciones de seguro</li> <li>■ Presenta una reclamación de seguro o utiliza su tarjeta de crédito o débito</li> <li>■ Nos proporciona su información de contacto</li> </ul>
<p><b>¿Por qué no puedo limitar toda la información que ustedes comparten?</b></p>	<p>La ley federal le otorga el derecho de limitar solamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la divulgación de información para fines comerciales cotidianos de las empresas afiliadas: información sobre su solvencia</li> <li>■ el uso, por parte de las empresas afiliadas, de su información para fines de marketing</li> <li>■ la divulgación de información a empresas no afiliadas para fines de marketing</li> </ul> <p>Las leyes estatales y las compañías individuales podrían otorgarle derechos adicionales para limitar la información que se comparte.</p>

**Definiciones**

<p><b>Empresas afiliadas</b></p>	<p>Empresas relacionadas mediante propiedad o control común. Pueden ser empresas financieras y no financieras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Nuestras empresas afiliadas incluyen empresas con el nombre Delta Dental en Michigan, Ohio, Indiana, Kentucky, Tennessee, Nuevo México, Arkansas y Carolina del Norte; compañías de seguro como Renaissance Life &amp; Health Insurance Company of America y Renaissance Health Insurance Company of New York, y otras empresas como Renaissance Systems &amp; Services, LLC.</i></li> </ul>
<p><b>Empresas no afiliadas</b></p>	<p>Empresas que no están relacionadas mediante propiedad o control común. Pueden ser empresas financieras y no financieras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Renaissance Life &amp; Health Insurance Company of America no comparte su información personal con empresas no afiliadas para que puedan ofrecerle sus productos y servicios.</i></li> </ul>
<p><b>Marketing conjunto</b></p>	<p>Acuerdo formal entre empresas financieras no afiliadas que le ofrecen conjuntamente productos o servicios financieros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Renaissance Life &amp; Health Insurance Company of America no ofrece productos y servicios en conjunto con empresas financieras no afiliadas.</i></li> </ul>

**Otra información importante**

**Para clientes que viven en AZ, CA, CT, GA, IL, ME, MA, MN, MT, NV, NJ, NC, OH, OR y VA:** si desea revisar su información personal, escriba a Privacy Officer/Legal Department, 4100 Okemos Road, Okemos, MI 48864. Debe indicar su nombre completo, dirección, número de Póliza (si corresponde) y la información que desea consultar. Le indicaremos qué información tenemos, y puede revisarla y copiarla en nuestra oficina o solicitarnos que le enviemos una copia por correo, pagando una tarifa. Si cree que la información personal que tenemos sobre usted es incorrecta, puede escribirnos. Le señalaremos qué medidas tomamos a raíz de su carta. Si no está de acuerdo con nuestras medidas, puede enviarnos una declaración.