

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO ESPECÍFICO AL SEGURO ESTATAL

Este derecho no se extiende a la información relacionada con una reclamación o con un procedimiento civil o penal.

Este formulario aplica a Continental American Life Insurance Company (colectivamente, "nosotros", "nuestro" o "CAIC").

Usted tiene derecho de acceso para copiar o inspeccionar ciertas partes de su información personal en poder de CAIC. Debemos proporcionarle la opción de tener acceso a su información personal ya sea en persona o por escrito. Para garantizar la seguridad de la información en nuestros archivos, podemos requerir identificación positiva antes de permitir el acceso a esa información. Como se indica más adelante, no siempre estamos obligados a otorgar dicho acceso, pero cada solicitud será revisada cuidadosamente. Se le notificará cuando su solicitud haya sido aprobada o denegada. La información que esté dentro del alcance de su derecho de acceso se pondrá a su disposición dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su solicitud. Si decide revisar su información en persona; puede inspeccionarla, obtener una copia o hacer ambas cosas. Si decide obtener una copia, nos encargaremos de realizarla y Podemos cobrarle una tarifa basada en el costo de los suministros y el trabajo.

### I. Persona a Cuyos Expedientes se Accede:

Nombre: \_\_\_\_\_

SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número(s) de Póliza o Certificado: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza Principal (si es diferente al anterior): \_\_\_\_\_

### II. Información Solicitada:

Por favor proporcione tantos detalles como sea posible sobre la información personal que desea revisar.

---

---

---

---

### III. Preferencia de Entrega:

Me gustaría:

- hacer una visita personal a CAIC para inspeccionar mis expedientes y/u obtener una copia.
- recibir mi información por correo regular de EE. UU. a la dirección que CAIC tiene registrada.
- autorizo a CAIC a enviar por correo mi información personal al proveedor/centro médico indicado a continuación. Confirmando que este proveedor/centro médico tiene licencia para brindar atención médica para la afección indicada en mis expedientes. CAIC me notificará una vez que éstos se envíen por correo.

Nombre del proveedor/centro médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

#### IV. Derecho a Denegar Acceso:

La ley nos permite denegar total o parcialmente su solicitud de acceso a estos expedientes por una o más de las siguientes razones:

- Su formulario de solicitud de acceso no está firmado por usted o su representante;
- Su formulario de solicitud de acceso está firmado por su representante y el representante no ha proporcionado información sobre la fuente de su autoridad para actuar en su nombre;
- No conservamos la información que usted ha solicitado copiar o inspeccionar;
- La información que ha solicitado no forma parte de sus expedientes;
- Su solicitud es para expedientes de salud mental pero su proveedor le niega el acceso;
- Su solicitud incluye información recopilada para litigios;
- Un profesional de la salud autorizado ha determinado que es probable que el acceso solicitado ponga en peligro su vida o seguridad o la de otra persona, o le cause un daño sustancial a usted o a otra persona;
- Su solicitud es para copiar información y usted es un recluso en un centro penitenciario (conserva el derecho a inspeccionar la información);
- Su solicitud se relaciona con cierta información que se obtuvo de una fuente confidencial y no estamos obligados a brindar acceso a ella por ley.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal/Personal en Letra de Imprenta. *(Si es Firmado por un Representante Legal/Personal)*

\_\_\_\_\_  
Relación Legal  
*(por ejemplo, Tutor Legal, Poder Notarial)*

**Nota: No procesaremos esta solicitud si el formulario no ha sido firmado por usted o su representante personal. Si este documento está firmado por un Representante Legal/Personal, proporciónenos los documentos designados por el tribunal que otorgan esta autoridad.**

<b>Enviar por Correo a:</b>	
Continental American Life Insurance Company	CAIC Attn: Privacy Office PO Box 427 Columbia, SC 29202