

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 American Family Life Assurance Company of Columbus, American Family Life Assurance Company of New York, Continental American Life Insurance Company, y Tier One Life Insurance Company (colectivamente, "nosotros", "nuestro" o "Aflac").

Usted tiene derecho de acceso para copiar o inspeccionar ciertas partes de su información personal en poder de Aflac. 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 Aflac para inspeccionar mis expedientes y/u obtener una copia.
- recibir mi información por correo regular de EE. UU. a la dirección que Aflac tiene registrada.
- autorizo a Aflac 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. Aflac 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.

Seleccione la compañía a través de la cual tiene cobertura.	Enviar por Correo a:
<input type="checkbox"/> American Family Life Assurance Company of Columbus	Aflac
<input type="checkbox"/> American Family Life Assurance Company of New York	Attn: Privacy Office
<input type="checkbox"/> Tier One Life Insurance Company	1932 Wynnton Road
<input type="checkbox"/> Continental American Life Insurance Company	Columbus, GA 31999
	Aflac
Attn: Privacy Office	
PO Box 427	
Columbia, SC 29202	