

THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (“NOTICE”) DESCRIBES HOW PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This notice describes how the Group Divisions of Ameritas Life Insurance Corp. and Ameritas Life Insurance Corp. of New York use and disclose your protected health information, and how we guard that information. We are required to abide by the terms of this notice as long as it remains in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice as necessary, and to make a new Notice effective for all protected health information maintained by us. If we do make changes to this Notice, a copy of the new Notice will be placed on our web site at www.ameritas.com and/or sent to you if the changes are material. If you reside in a state whose law provides stricter privacy protections than those provided by HIPAA, we will maintain the privacy of your health information as required by your stricter state law.

how we use or disclose information

We must use and disclose your health information to provide that information:

- To you, or someone who has the legal right to act for you (your personal representative), in order to administer your rights as described in this notice; and
- To the Secretary of the Department of Health and Human Services, if necessary, to see that we are complying with federal privacy law and administrative simplification provisions of HIPAA.

We have the right to use and disclose your health information for your treatment, to pay for your health care, and to operate our business. For example, we typically use your information in the following ways:

- **For Payment.** We may use or disclose health information to collect premiums due to us, to determine your coverage, or to process claims for health care services you receive. For example, we may tell a provider whether you are eligible for coverage and what percentage of the bill may be covered.
- **For Treatment.** We may use or disclose health information to aid in your treatment or the coordination of your care. For example, we may disclose information to your provider to help them provide health care services to you.
- **For Health Care Operations.** We may use or disclose health information as necessary to operate and manage our business activities related to providing and managing your health care coverage. For example, we may use health information for operational activities such as quality assessment and improvement.
- **For Plan Sponsors.** If your coverage is through an employer sponsored group health plan, we may share summary health information and enrollment and disenrollment information with the plan sponsor. In addition, we may share other health information with the plan sponsor for plan administration purposes if the plan sponsor agrees to special restrictions on the use and disclosure of the information in accordance with federal law.

We may use or disclose your health information for the following purposes under limited circumstances:

- **As Required by Law.** We may disclose information about you if state or federal laws require it.
- **To Persons Involved With Your Care.** We may use or disclose your health information a person involved in your care or who helps you pay for your care, such as a family member or close personal friend, when you are incapacitated, emergency situations, or when you agree or fail to object when given the opportunity. If you are unavailable or unable to object, we will use our best judgment to decide if the disclosure is in your best interests.
- **To Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official to provide limited information to locate a missing person or report a crime.
- **To Correctional Institutions or Law Enforcement Officials.** We may disclose your health information if you are an inmate of a correctional institution or under the custody of law enforcement, but only if necessary for the institution to provide you with health care; to protect your health and safety, or the health and safety of others; or for the safety and security of the correctional institution.
- **To Avoid a Serious Threat to Health or Safety** to you, another person, or the public. For example, we may disclose information to a public health agency or law enforcement in the event of a natural disaster.
- **For Public Health Activities** such as reporting disease outbreaks to a valid public health authority.
- **For Reporting Victims of Abuse, Neglect, or Domestic Violence** to government authorities that are authorized by law to receive such information, including a social services or protective service agencies.
- **For Health Oversight Activities** to a health oversight agency for activities authorized by law, such as licensure, governmental audits, and fraud and abuse investigations.
- **For Judicial or Administrative Proceedings** to respond to a court order, search warrant, or subpoena.
- **For Specialized Government Functions** such as national security and intelligence activities, the protective services for the President and others, or if you are a member of the military, as required by the armed forces.
- **To Business Associates** that perform functions on our behalf or provide us with services if the information is necessary for such functions or services. Our business associates are required, under contract with us and federal law, to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than allowed by the contract and federal law.
- **For Workers’ Compensation** as authorized by, or to the extent necessary to comply with, state workers’ compensation laws that govern job-related injuries or illness.

- **To Provide Information Regarding Decedents.** We may disclose information to a coroner or medical examiner to identify a deceased person, determine a cause of death, or as authorized by law. We may also disclose information to funeral directors as necessary to carry out their duties.
- **For Cadaveric Organ, Eye, or Tissue Donation.** We may disclose information to entities that handle procurement, banking, or transplantation of organs, eyes, or tissue to facilitate donation and transplantation.

Except for uses and disclosures described and limited as explained in this notice, we will use and disclose your health information only with written permission from you. We will not share your personal information for marketing purposes or sell your personal information unless you give us written permission to do so.

our responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this Notice, and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described in this Notice, unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing at the contact information below if you change your mind.

your rights

- **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy certain protected health information that may be used to make decisions about your plan benefits. Your request must be in writing and submitted to the Ameritas Privacy Office at the contact information below. We will usually provide access to your protected health information within 30 days of receiving the request. We reserve the right to charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. You may also ask your providers for access to your records. We may deny your request in very limited circumstances. If we deny your request to inspect or obtain a copy of your protected health information, we will inform you in writing of the reason(s) within 30 days.
- **Right to Amend.** You have the right to request that we amend, correct, or delete your protected health information in our records if you believe that it is inaccurate or incomplete. Your request must be in writing and sent to the Ameritas Privacy Office at the contact information below. In addition, you must provide a reason that supports your request. We will respond to your request in writing within 30 days. We may deny your request for an amendment if it is not in writing, or does not include a reason to support the request. If we deny your request, we will communicate the reason(s) for denial. If we deny your request, you have the right to file a written statement of disagreement and any future disclosures of the disputed information will include your statement.

- **Right to Request Confidential Communication.** You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. Your request must be in writing and submitted to the Ameritas Privacy Office at the contact information below. We will consider all reasonable requests, and must say "yes" if you tell us you would be in danger if we do not.
- **Right to an Accounting of Disclosures of Your Protected Health Information.** You have the right to receive a list of the times we've shared your health information for up to six years prior to the date you ask, who we share it with, and why. Your request must be in writing and submitted to the Ameritas Privacy Office at the contact information below. We will include all the disclosures, except those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We will provide one accounting a year for free, but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- **Know the Reasons for an Unfavorable Underwriting Decision.** You have the right to know the reason(s) for an unfavorable underwriting decision. Your request must be in writing, and must be asked for within 90 days from when the adverse underwriting decision is sent. We will respond within 21 days. Previous unfavorable underwriting decisions may not be used as a basis for future underwriting decisions unless we make an independent evaluation of basic facts. Your genetic information cannot be used for underwriting purposes.
- **Ask Us to Limit the Information We Share.** You can send us a written request at the contact information below to not use or share certain health information for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to these requests.
- **Get a Copy of this Privacy Notice.** You can ask us for a paper copy of this Notice at any time, even if you have agreed to receive the Notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

exercising your rights

- **Submitting a Written Request.** If you have any questions about this Notice, want more information about exercising your rights, or want to obtain an authorization form please contact us at: The Privacy Office, Attn. HIPAA Privacy, P.O. Box 82520, Lincoln, NE 68501-2520, e-mail us at privacy@ameritas.com, or call 1-800-487-5553
- **Filing a Complaint.** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us at the contact information listed above. You may also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. We will not retaliate against you for filing a complaint.

This revised notice is effective 9/30/17.

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 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. BP.O. Box 82520, Lincoln, NE 68501-2520, o mediante correo electrónico a 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/. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

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