

Seguro de Salud

Una Guía Para Consumidores

IMPRESO 6/02



Departamento
de Seguros
del Estado de
la Florida



¿Esta Usted Preparado?

Contenido

- 2 Cobertura de salud tradicional comparada con la cobertura de salud administrada
- 9 Seguro de grupo comparado con cobertura individual
- 13 Otras pólizas de seguros relacionadas con la salud
- 18 Cobertura por medio de afiliación con una asociación
- 20 Alternativas de cobertura ofrecida por un seguro de grupo
- 22 Escogiendo un plan de seguro de salud
- 24 Preguntas y repuestas sobre las primas
- 27 Condiciones para renovar la póliza de seguros y el aumento en las primas

El Departamento de Seguros del Estado de la Florida distribuye esta guía solamente con propósitos educacionales; y no constituye una recomendación de ningún servicio, compañías o personas que ofrecen un producto o servicio.



© 2002 Dept. de Seguros de la Florida. Derechos de reproducción

Esta guía puede ser obtenida en distintas formas como cintas de audio, on en letras grandes, llamando a nuestra línea gratuita para la Ayuda a los Consumidores de Seguros 1-800-342-2762. También usted puede obtener una copia de esta guía a través de la red, <http://www.doi.state.fl.us>; para aquellos que usan aparatos de comunicación para sordos (TDD en inglés) pueden llamar al 1-800-640-0886.

- 28** Continuación de cobertura
- 31** Ley de transportabilidad y responsabilidad de seguro médico (HIPAA)
- 37** Consejos útiles al consumidor
- 41** Como llenar planillas de reclamo
- 42** Como seleccionar un agente de seguros
- 43** Como seleccionar una compañía de seguros
- 45** Privacidad médica y Medical Information Bureau (Agencia de información médica)
- 46** Sus derechos y responsabilidades
- 48** Diagrama A: Requerimientos y cobertura de los planes de seguro
- 53** Programa de extensión educativa a la comunidad
- 54** Personas mayores: ¿Necesitan repuestas a sus preguntas sobre seguros?
- 55** ¡El fraude en los seguros nos cuesta a todos!
- 56** Glosario



Estimado Consumidor:

La necesidad del seguro es una cosa de la vida. Es imprescindible que tengamos el seguro más apropiado para nuestros requisitos, e igualmente que comprendamos cómo funcionan nuestras pólizas de seguro, para evitar dificultades económicas cuando ocurren situaciones difíciles tales como enfermedades, accidentes automovilísticos, desastres naturales y hasta la muerte. Como la industria de seguros y las pólizas de seguro cambian a menudo, es esencial que estemos al tanto de nuevos desarrollos.

El Departamento de Seguros del estado de la Florida publica una variedad de guías al consumidor para ayudarnos en esta tarea, como: Seguro de automóvil (en inglés y español), Seguros de Vida y de Renta Vitalicia, Seguros para los Propietarios de Pequeños Negocios, Seguro de Incendio y Líneas Aliadas, Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs), Seguro de Asistencia a Largo Plazo y Otras Opciones Disponibles para las Personas Mayores, y Seguro Suplementario para aquellos que reciben Medicare. Cada guía contiene información básica, definiciones y terminología común utilizada por las compañías aseguradoras y consejo sobre la selección de agentes y compañías aseguradoras, y sus derechos y responsabilidades como consumidor. Usted puede obtener copias de estas Guías al Consumidor, llenando y enviando por correo la planilla al final de esta guía o llamando a la línea gratuita de Ayuda al Consumidor del Departamento de Seguros de la Florida al teléfono 1-800-342-2762.

Si usted tiene preguntas después de leer esta guía, por favor llame a la línea gratuita de Ayuda al Consumidor del Departamento de Seguros de la Florida al teléfono 1-800-342-2762, de lunes a viernes, entre las 8:00 a.m. y las 4:45 p.m. Aquellas personas que tengan dificultades auditivas pueden servirse del TDD llamando al teléfono 1-800-640-0886. Si lo desea, también puede contactar la oficina de servicios de ayuda al consumidor en el área donde usted reside (la lista de las oficinas con sus teléfonos está en la página interior de la cubierta de esta guía).

Atentamente,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Tom Gallagher". The signature is written in a cursive style and is positioned above the printed name.

Tom Gallagher
Tesorero,
Comisionado de Seguros,
Mariscal de Bomberos

**Si usted tiene alguna
pregunta o problema
con su seguro, llame a:**

**Línea Para Ayuda
A los Consumidores
De Seguros**

Para Personas Con
Problemas Auditivos

TDD

Llamar A

1-800-640-0886

Internet

Busque en el "Web site"
Del Departamento de Seguros
de la Florida
www.fldoi.com

¡Ayúdenos A Ayudarlo!

Oficinas de Servicios

DAYTONA BEACH

955 Orange Ave.
Suite E
Daytona Beach, FL 32114-4674
(386) 254-3920

FORT LAUDERDALE

499 N.W. 70th Ave.
Suite 301B
Plantation, FL 33317-7574
(954) 327-6027

FORT MYERS

2295 Victoria Ave.
Suite 163
Fort Myers, FL 33901-3867
(941) 332-6948

JACKSONVILLE

9000 Regency Square Blvd.
Suite 201
Jacksonville, FL 32211-8100
(904) 727-5505

MIAMI

401 N.W. 2nd. Ave.
Suite N-307
Miami, FL 33128-1700
(305) 377-5235

ORLANDO

400 W. Robinson St.
Suite N-401
Orlando, FL 32801-1794
(407) 245-0870

PENSACOLA

160 Governmental Center
Suite 515
Pensacola, FL 32501-5739
(850) 595-8040

ST. PETERSBURG- LARGO

11351 Ulmerton Road
Suite 240
Largo, FL 33778-1636
(727) 588-3638

TALLAHASSEE

Larson Building
200 E. Gaines St.
Tallahassee, FL 32399-0323
(850) 413-3132

TAMPA

5309 E. Fowler Ave.
Tampa, FL 33617-2221
(813) 987-6741

WEST PALM BEACH

400 N. Congress Ave.
Suite 210
West Palm Beach, FL 33401-2913
(561) 681-6392



*This paper contains
50% recycled fiber.*

Seguro de Salud

Nadie planéa enfermarse o ser herido. Pero la vida está llena de eventos inesperados que nos hacen buscar atención médica. Esto incluye todo tipo de enfermedades, desde un resfriado hasta una enfermedad prolongada, o un accidente. Cuando surgen estas situaciones en nuestras vidas, la mejor defensa financiera para cubrir los costos relacionados es seguro de salud adecuado.

Un seguro de salud puede proteger nuestros bienes y pagar los costos médicos, pero escoger la póliza que cubra mejor nuestras necesidades puede ser un reto. Esta guía detalla los diferentes tipos de pólizas de seguro de salud que están disponibles, ofrece ideas para escoger la que sea más apropiada para cada persona, y trata de familiarizarnos con las definiciones y los términos utilizados por las compañías aseguradoras en las pólizas de seguro.

Si tiene alguna pregunta después de que haya leído esta guía, por favor no vacile en comunicarse con la línea directa gratuita al consumidor, que el Departamento de Seguros de la Florida pone a su disposición. El teléfono es: 1-800-342-2762. Puede llamar de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 4:45 p.m.

Cobertura de salud tradicional comparada con la cobertura de salud administrada

.....

Al momento de elegir su seguro de salud, la primera decisión será escoger entre cobertura tradicional y cobertura administrada.

Con el seguro de salud tradicional, usted – el asegurado – puede elegir un proveedor de asistencia médica, como el médico u hospital. Es posible que tenga que pagar por los servicios prestados al momento de recibirlos y enviar las cuentas a su compañía de seguros para que ellos le reembolsen la porción que están obligados a pagar de acuerdo con los términos de su póliza de seguros. Muchas veces el proveedor envía la cuenta directamente a la compañía de seguros para recibir reembolso.

El sistema de cobertura administrada combina los servicios de salud y el pago de los mismos. Esto limita su elección de los médicos y los hospitales y como resultado de ese límite de elección, usted usualmente pagará mucho menos por la atención médica (ej.: visitas de

consulta a los médicos, recetas, cirugías y otros beneficios que la póliza cubra) que lo que usted pagaría si tuviera un seguro de cobertura tradicional. La cadena de cobertura administrada atiende a los servicios de asistencia médica.



Tipos diversos de Organizaciones de Cobertura Administrada

Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs – HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS)

Los miembros de los HMO pagan una cantidad fija mensual (similar a una prima de seguro), que les ofrece acceso a una amplia cantidad de servicios del cuidado de la salud. Los miembros solamente pagan un monto pre-determinado, o un copago, por cada visita a la oficina del médico o al salón de emergencia o por las medicinas recetadas, en comparación con tener que pagar en total a quien esté brindando los servicios y obtener como

reembolso más tarde una porción de la misma. Los miembros del HMO nunca o casi nunca tienen que llenar o preparar planillas para el reembolso de gastos médicos. Deben utilizar la cadena de proveedores del HMO, la cual incluyen servicios de los médicos, las farmacias y los hospitales que están bajo contrato con el HMO.

Antes de afiliarse a un HMO, es recomendable que usted averigüe si el agente y la compañía tienen licencia para vender las coberturas de seguros de salud en la Florida y si las coberturas que ofrecen incluyen alguna limitación, como por ejemplo, prescripciones médicas.

Usted puede obtener una copia gratis de la guía “Health Maintenance Organization: A Guide for Consumers” (Organización de Salud de Cobertura Administrada – Una Guía para el Consumidor) utilizando la orden especial en la tarjeta que está en la parte de atrás de esta guía o si lo prefiere, puede llamar a la línea gratuita directa de Ayuda al Consumidor, al teléfono 1-800-342-2762.

Organizaciones de Proveedores Exclusivos (EPOS – Exclusive Provider Organization)

La Organización de Proveedor Exclusivo (EPO) firma convenios con hospitales o con proveedores específicos. Los asegurados deben utilizar esos hospitales y proveedores para recibir los beneficios de este plan.

Organizaciones de Proveedores Preferidos (PPOs – Preferred Provider Organizations)

Una organización PPO ofrece otra clase de cadena de proveedores para satisfacer las necesidades de salud de los empleados. Una compañía de seguros tradicional ofrece los beneficios de salud, y la compañía firma contratos con un grupo de proveedores que ofrecen servicios de cuidados de salud para controlar el costo de los beneficios de salud de los empleados. Porque los proveedores reciben pronto pago y ofrecen servicios a un número mayor de pacientes, ellos pueden reducir sus honorarios. Los empleados escogen a quien desean para sus servicios de salud, pero pagan menos en coaseguro cuando se utiliza un proveedor preferido en vez de un proveedor no preferido.

Planes del Punto de Servicio (POS-Point-of-Service Plans)

Estos planes pueden ser llamados por una variedad de nombres y tienen diferentes opciones. Estos planes combinan diferentes aspectos de los planes tradicionales de seguro médico con otros aspectos que ofrecen los HMOs y los PPOs.

En el plan POS, los asegurados pueden decidir en el punto de servicio si desean recibir atención médica por uno de los doctores que pertenecen al grupo o solicitar los servicios de cualquier otro médico que no pertenezca al grupo. El plan POS paga menos para cubrir los servicios de salud prestados por

proveedores que no pertenezcan al grupo. También el plan POS usualmente requiere que usted pague deducibles y coaseguro elevados si los servicios de salud son provistos por médicos que no pertenecen al grupo.



Seguro Médico Básico (hospital/médico/quirúrgico)

Los seguros de hospitalización usualmente pagan una porción del costo de su cuarto y estadía en el hospital. Es posible también que paguen por algunos de los servicios brindados por el hospital, tales como el uso del salón quirúrgico, exámenes de laboratorio y rayos X.

El seguro médico/quirúrgico ayuda a pagar los costos por la cirugía, y los servicios relacionados con la misma (ya sea en el hospital o en la oficina del médico), así como por la anestesia. Es posible que pague por las visitas médicas durante su estadía en el hospital o por otras razones que no estén relacionadas con la cirugía.

Los pagos por los costos quirúrgicos son basados en una lista de pago de la cirugía. Las

compañías aseguradoras utilizan una lista de pago previamente establecida de acuerdo con procedimiento efectuado, para establecer el pago del mismo, siempre que este sea un cargo **usual, normal y razonable** de acuerdo con los costos actuales.

- Usual es lo que normalmente un profesional de la medicina cobra por un procedimiento normal.
- Normal se refiere a la gama de honorarios cobrados por médicos de la misma especialidad, en la misma área geográfica por un procedimiento específico.
- Razonable se aplica a aquellos honorarios que difieren de lo llamado “usual o normal” debido a circunstancias poco usuales. El procedimiento practicado puede ser debido a complicaciones médicas, que requieran tiempo adicional, conocimientos y experiencia.

Esta provisión limita el monto que la compañía aseguradora pagará bajo los términos de su póliza. Esté atento de cuanto dinero la compañía de seguro está dispuesta a pagar.

Las pólizas diferentes de seguro médico básico ofrecen a los consumidores beneficios distintos por cuarto y estadía en un hospital, servicios del médico, cirugía y gastos misceláneos. Al comparar las primas de pólizas diferentes usted debería averiguar si ofrecen beneficios iguales.

Seguros de Gastos Médicos Mayores

Estas pólizas ofrecen protección contra los altos costos por hospitalización, tratamiento de heridas, o enfermedades serias o crónicas. Otras coberturas incluyen el costo de una transfusión de sangre, medicinas y servicios fuera del hospital, tales como visitas al doctor.

La mayoría de las pólizas de seguro de grupo caen dentro de esta categoría de seguros de gastos médicos mayores. Esta categoría también incluye los planes básicos o generales emitidos bajo el Acceso para Cobertura de Salud para Grupos Pequeños (“Small Group Health Access Coverage”).

Las pólizas de seguros de gastos médicos mayores cuestan más y ofrecen más beneficios que las pólizas básicas. Una póliza de este tipo normalmente paga 80% de los gastos cubiertos, después de que usted pague el deducible, y no puede abarcar beneficios menores de \$10,000.00. Entonces usted tendrá que pagar como coaseguro la diferencia del 20% que no está cubierta.

Las compañías de seguro utilizan una lista de precios establecidos por cada procedimiento médico en particular. Sin embargo, este precio puede ser diferente del cargo por los mismos que usted reciba.

El límite de pérdida (stop-loss limit) restringe la cantidad de coaseguro que usted debe pagar. No todas las pólizas de seguro incluyen estos límites. Si incluyen, eso significa que cuando la suma total de

coaseguro que usted ha pagado exceda cierto importe establecido en su póliza, la compañía conviene en pagar el 100% de los gastos cubiertos en adelante.

Seguro de grupo comparado con cobertura individual

.....

El seguro de salud puede ser obtenido a través de dos tipos de planes básicos : el seguro de grupo y el seguro individual. La diferencia entre estos dos tipos de seguro tiene poco que ver con la cobertura. Es más, el plan de grupo y el individual pueden ofrecer coberturas idénticas. La diferencia está en la forma de acceso a las mismas. Usted podrá obtener su seguro de grupo a través de su empleador o la organización a la cual usted pertenezca. El plan individual es ofrecido por las compañías aseguradoras en forma independiente sin afiliación.

Planes de grupo

Será relativamente simple satisfacer sus necesidades de seguro de salud si su empleador le ofrece un plan de seguro de grupo o le brinda diferentes planes opcionales. Los seguros de salud de grupo pueden cubrir varias personas o grupos bajo una misma póliza. Cuando usted obtenga su seguro de salud a través de un plan de grupo usted recibirá un certificado en lugar de una póliza de seguro.

En general, las pólizas de grupo son aptas para la mayoría de individuos, y pueden incluir

provisiones que permita la cobertura de los familiares.



Aquellos empleadores que tengan de 1 a 50 empleados pueden garantizar un plan de seguros de grupo conocido como Acceso a Cobertura de Salud a través de un Grupo Pequeño (Small Group Health Access Coverage). Este tipo de cobertura asegura que son disponibles los planes de grupo para aquellos empleadores que son propietarios de pequeños negocios sin tomar en consideración de que en el grupo existan empleados que hayan previamente presentado reclamos de salud. Las compañías de Seguro y las Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs) que ofrecen cobertura a través de un empleador de 1 a 50 empleados deben ofrecer el plan básico y el plan normal. La mayoría de las compañías aseguradoras y las Organizaciones de Salud de Cobertura Administrada (HMOs) ofrecen otros planes de salud con beneficios, aparte del plan básico y el plan normal.

El Departamento de Seguros de la Florida ofrece el panfleto Small Business Owners

Insurance: A Guide for Consumers (Acceso para Cobertura de Seguro para Pequeños Negocios: una guía para los consumidores) la cuál contiene información adicional sobre la Ley de Acceso a Seguro de Salud para Pequeños Grupos (“Small Group Health Access Act”). Usted puede llamar a la línea gratuita directa de Ayuda al Consumidor, al 1-800-342-2762 para obtener esta guía, o llene y envíe por correo la orden que está al final de esta guía.

Planes Individuales

Los planes de seguro de salud individuales cubren a una persona o a todos los miembros de su familia, bajo una misma póliza. Normalmente, las personas compran un plan de seguro de salud individual porque no tienen acceso a una póliza de grupo o desean obtener cobertura suplementaria. Otras personas utilizan pólizas de salud individuales cuando están desempleados y no tienen acceso a cobertura bajo pólizas de grupo, o porque quieren suplementar los beneficios que reciben del Medicare.

Si usted compra una póliza de seguro individual, usted tiene 10 días a partir del día de recibo de su póliza para decidir si se va a quedar con ella o prefiere cancelarla. Usted deberá devolver dicha póliza dentro del tiempo permitido para obtener el reembolso total. Si usted quiere rechazar la póliza, es preferible que la devuelva por correo registrado o certificado. Esto le ayudará a evitar un conflicto potencial con la compañía aseguradora.

Razones a considerar

Los planes de seguro de salud individual o de grupo ofrecen cobertura para sus familiares. Las pólizas de seguro de salud para su familia casi siempre pagan por su esposo(a) y por sus hijos hasta que lleguen a la edad específica señalada en la póliza. Sin embargo, la compañía aseguradora no puede terminar la cobertura del seguro de salud a sus hijos cuando ellos no tengan otro medio de ganar la vida por causa de que estén física o mentalmente incapacitados.

Ambos planes de seguro de salud, el individual o de grupo, pueden ofrecer diferentes tipos de cobertura, tales como ‘hospital’, ‘médico/quirúrgico’, o ‘de gastos médicos mayores’.

La mayoría de los seguros de salud que se venden en la Florida como cobertura individual en realidad consisten de planes de cobertura por medio de afiliación con una asociación pero ofrecidos en el mercado como seguros individuales. En estos casos, la asociación requiere que la persona sea miembro de la asociación como un requisito previo para obtener cobertura. Adicionalmente, usted recibirá un ‘certificado de cobertura’ (certificate of coverage) en vez de la póliza de seguro en su nombre. Para más información sobre esta clase de seguro de salud de cobertura individual, sírvase ver la sección titulada ‘Cobertura por medio de afiliación con una asociación’ en la página 18.

Otras pólizas de seguros relacionadas con la salud

.....

Seguro de Salud Suplementario

Esta clase de pólizas ofrecen cobertura extra ó adicional a la cobertura que ofrece su actual póliza de seguro básica.

Usted debería utilizar este tipo de pólizas como un *suplemento* en vez de un *sustituto* a la póliza médica básica. Algunas de estas pólizas incluyen un período de eliminación, lo que significa que la compañía de seguros solamente pagará beneficios después de que usted haya sido hospitalizado por un número específico de días.

Seguro de Indemnización por Hospitalización

Estas pólizas pagan una cantidad fija o indemnización por cada día, semana o mes que usted esté hospitalizado. Estas pólizas pagan un monto pre-determinado por beneficios.

Seguro de Invalidez

Estas pólizas le pagan su salario semanal o mensualmente por un período específico de tiempo si usted queda discapacitado y no puede continuar trabajando o conseguir otro trabajo. Esta invalidez puede ser ocasionada por una enfermedad o por una lesión o la combinación de ambas.

La mayoría de pólizas de invalidez coordinan sus beneficios con los de la oficina del Seguro Social y con los del Seguro de Compensación a los Trabajadores para eliminar la duplicación de cobertura.

Usted puede seleccionar una póliza de seguro que incluya un tiempo intrínscico de espera después de que su enfermedad comience, llamado un **período de eliminación**, para comenzar a recibir sus beneficios. Mientras más dure el período de eliminación, menos costosa será la prima del seguro. Las primas también pueden variar dependiendo de su



ocupación (y los riesgos a que está expuesto), y de su edad. Por ejemplo un trabajador de una constructora de altos edificios probablemente pagará una prima más alta que una persona que trabaje en una floristería.

Cuando vaya a comprar una póliza de seguro por invalidez, usted debe informarse de cuál es la definición que ellos utilizan para describir la invalidez y los requerimientos que deben ser llenados.

Los seguros de invalidez, tanto individual como de grupo, deberán ofrecer cobertura tanto para el asegurado como para sus dependientes elegibles que se incapaciten. Esta cobertura será aplicada durante los primeros 12 meses de la invalidez, pero solamente si la persona, durante ese tiempo está imposibilitada para cumplir con los deberes de su ocupación normal. Después de los primeros 12 meses, la compañía aseguradora puede pagar los beneficios basados en la habilidad de la persona para desempeñar cualquier tipo de trabajo que ella o el haya sido razonablemente entrenado.

Una compañía aseguradora que está pagando beneficios por invalidez puede solicitar al médico del asegurado un reporte escrito del progreso del paciente. La frecuencia de este requerimiento depende de la clase de póliza en particular. Por ejemplo, una compañía aseguradora puede requerir esta clase de reporte médico todos los meses. Adicionalmente, el asegurador puede averiguar ciertas actividades públicas de los asegurados quienes presentan reclamos para evitar un posible fraude y de esta forma mantener los costos de las primas más bajos.

Seguro de accidentes

Estas pólizas cubren muerte, invalidez, hospitalización y el cuidado médico requerido como consecuencia de un accidente. Una variación común de esta póliza es la llamada ‘Seguro por muerte accidental’ (“Accidental death insurance”) la cuál puede pagar

beneficios adicionales por muerte durante un accidente automovilístico o un accidente en el hogar.

Seguro de beneficios limitados

Estas pólizas cubren ciertos gastos ocasionados por enfermedades, heridas u otras circunstancias especificadas. Por ejemplo, las pólizas de cancer pagan por beneficios por el tratamiento del cancer. Algunas de ellas pagan beneficios por condiciones o enfermedades causadas o agravadas por el cáncer o su tratamiento.

Seguro de asistencia de largo plazo

Asistencia de largo plazo comprende una amplia variedad de servicios médicos, personales y sociales. Una persona puede necesitar este tipo de cuidado si sufren de una enfermedad prolongada, un invalidez, o un impedimento cognoscitivo.

Las compañías de seguros privadas ofrecen pólizas de seguro de asistencia de largo plazo en base individual o de grupo, las cuáles ofrecen beneficios para una variedad de servicios que no están cubiertos bajo una póliza de seguro convencional, ni por Medicare o bajo el seguro suplementario de Medicare.

Póliza de seguro de asistencia médica a domicilio

Esta clase de póliza de seguro cubre los servicios de salud prescritos por un médico y ofrecidos por un servicio de asistencia médica

domiciliaria certificado por Medicare o por el estado. La asistencia debe ser para ayudar en las actividades diarias, de supervisión o de protección de un paciente que tiene un impedimento cognoscitivo (tal como la enfermedad de Alzheimer o senilidad). Algunas pólizas que ofrecen la cobertura en un hogar de ancianos brindan la asistencia a domicilio a la vez automáticamente. Algunas compañías ofrecen seguro de asistencia médica a domicilio como una opción o anexo a la póliza de seguro de asistencia de largo plazo. Algunas compañías ofrecen pólizas que cubren solamente asistencia médica a domicilio. Su agente de seguro le podrá dar más información sobre las diferentes opciones que existen.

Pólizas de salud para asilos de ancianos

Esta póliza de beneficios limitados ofrece cobertura alternativa para algunas personas y cubre o un nivel o diferentes niveles de asistencia. En la Florida, los niveles de asistencia comprenden servicios custodial, intermedia y especializada (definidos en la página 58). El impedimento cognoscitivo o la falta de habilidad para desempeñar una o más de las actividades del vivir diario, activarán los beneficios de esta clase de cuidado.

Usted puede obtener una guía informativa gratis titulada Long-Term Care Insurance: A Guide for Consumers (Asistencia de largo plazo: una guía para los consumidores), llamando al teléfono de la línea gratuita directa de ayuda al consumidor al 1-800-342-2762.

Cobertura por medio de afiliación con una asociación

.....

Una Compañía de Seguros debe tener una licencia emitida por el Departamento de Seguros de la Florida para promover en este estado la cobertura por medio de afiliación con una asociación. Sin embargo, el asegurador puede mantener la póliza maestra en nombre de una asociación o bajo el nombre de su testaferro legal aunque la misma opere fuera de la Florida. Adicionalmente, el asegurador puede presentar por aprobación tales pólizas de seguros y sus tarifas en el estado donde se registra la asociación.

Por favor, esté atento que algunas de las más importantes leyes de seguro de la Florida, las que corresponden a los beneficios requeridos así como las que dictan los aumentos de primas, no necesariamente pueden ser aplicadas a pólizas ofertas por medio de afiliación con una asociación que funcionan fuera del estado, aunque dicha póliza fue vendida a residentes de la Florida.

En particular, es posible que el gobierno del estado de residencia (el estado donde la póliza fue emitida) no revisen bien las tarifas y el proceso utilizados. Las prácticas utilizadas para asignar las tarifas pudiera resultar cuestionables si no están bien reguladas. Por ejemplo, algunos aseguradores pueden reducir el pago inicial de la prima solamente para implementar en el futuro aumentos altos en la prima a pagar. Esto puede presentar problemas para el asegurado quien adquiere la póliza

cuando está lo suficientemente saludable para ser aceptado, pero posteriormente desarrolla una condición médica. Si la prima aumenta hasta un punto que excede los recursos disponibles del asegurado, este se verá obligado a cancelar la póliza y posiblemente en un futuro no podrá calificar para obtener otra póliza de seguros.

Alerta al consumidor

De acuerdo a los estatutos, certificados emitidos para una póliza de seguro aprobada en otro estado deberá contener la siguiente escritura: **“Los beneficios de esta póliza de seguro que le ofrece cobertura, serán gobernados principalmente por las leyes del estado que la emitió y no por el estado de la Florida”**. (“**The benefits of the policy providing your coverage are governed primarily by the laws of a state other than Florida**”). Esta declaración servirá como aviso para que usted averigüe a qué cobertura usted no tiene derecho.

Alternativas de cobertura ofrecida por un seguro de grupo

Los seguros de salud tradicionales y los de cobertura administrada forman la mayoría de los planes de seguro ofrecidos a través del sistema de salud americano. Sin embargo, los empleadores pueden seleccionar otra alternativa para cubrir los gastos del seguro de salud y satisfacer las necesidades de sus empleados. Esta clase de cobertura es conocida como el plan de un solo empleador.



Plan de cobertura de un solo empleador

Estos planes caen bajo las guías trazadas por el “Employee Retirement Income Security Act (ERISA)” del gobierno federal. Los empleadores establecen estos planes para proveer un seguro de salud y/o otros beneficios para los empleados, sus familias y sus dependientes. Una compañía aseguradora puede brindar un plan completo de seguros de este tipo o el empleador puede optar por un plan de autoaseguramiento.

Los empleadores participantes en el plan de autoaseguramiento asumen ellos mismos los riesgos financieros que este plan lleva consigo, en vez de transferir este riesgo a una compañía de seguros. El empleador paga por los reclamos presentados por el empleado que está cubierto bajo este plan. Su empleador puede contratar una compañía de seguro para que administre este plan, pero esta compañía no acepta ninguna responsabilidad por el pago.

El Departamento de Seguro de la Florida no regula los planes de autoaseguramiento ofrecidos por un solo empleador. Adicionalmente, “The Florida Guaranty Fund”, la compañía que paga por las pérdidas sufridas por el asegurado cuando una compañía se vuelve insolvente, no cubre las pérdidas de planes autoasegurados.

El nombre de una compañía de seguros o el logo de la misma pueden aparecer en la documentación que usted va a recibir de su empleador individual, pero es importante que esto no los engañen. Muchas de estas planes contratan a una aseguradora para que manejen toda la administración de reclamos de la compañía. La compañía aseguradora actúa simplemente como una administradora, pero no asume ninguna obligación legal para pagar reclamos.

Usted debe determinar si su cobertura viene de un plan de autoaseguramiento. Una compañía de seguro puede aparecer como si estuviera suscribiendo el plan, pero sin estar haciéndolo en realidad.

Usted también debería averiguar la historia del grupo asegurador que le está ofreciendo el plan, y hablar con sus miembros, para conocer la experiencia y los problemas que han tenido con los pagos de reclamos.

Escogiendo un plan de seguro de salud

.....

Considere las diferentes opciones de cobertura de salud que le ofrecen:

¿Qué deberá pagar usted de su bolsillo?

Deducible – Este es el pago inicial que usted deberá pagar antes de que su compañía de seguros pague por los servicios de salud. Usualmente, lo más alto que sea el deducible, lo menos que usted pagará como prima del seguro. El contrato dictará la cantidad específica que usted tendrá que pagar al año por su familia. Usted debe escoger el deducible que pueda pagar de acuerdo a sus entradas económicas mensuales o su presupuesto anual. El deducible que tendrá que pagar cada año puede cambiar dependiendo del número de sus familiares que estén cubiertos bajo la póliza.

Coaseguro – Esta es la porción o el porcentaje de dinero que usted deberá pagar independientemente del deducible. Por ejemplo, su póliza puede pagar el 80% de los costos “usuales y normales”, después de pagar el deducible. Usted tiene la obligación de pagar la diferencia del 20% como coaseguro, además de los cargos que el proveedor

considere que exceden los costos “usuales y normales”.

Copago – Esta es la cantidad de dinero específica que usted deberá pagar por los servicios de salud bajo el plan de cobertura administrada. Usted paga esta cantidad al proveedor médico en el mismo momento que recibe los servicios.

Primas – Este es el pago mensual o anual que usted paga por la póliza de seguro.

Máxima cantidad a pagar de su bolsillo – Esta es la provisión que limita la cantidad a pagar de su bolsillo.

¿ Qué provisiones pueden afectar mi cobertura?

Coordinación de los beneficios – Con esta provisión, usted no recibirá más beneficios que la suma global de los gastos por los servicios que le dará el hospital o el médico, aunque usted tenga otra póliza. Un esposo y su esposa, con cobertura familiar bajo diferentes grupos de pólizas de seguro, no pueden cobrar por los mismos servicios dos veces, aunque se pague dos primas de seguro.

Renovación y aumento de la prima de seguro – Esta provisión determina las situaciones cuando la compañía de seguros puede renovar la póliza o aumentar las primas.

Privilegios de conversión – Esta provisión permite que usted pueda cambiar la cobertura cuando usted pierda la elegibilidad, sin tener que dar prueba de buena salud.

Preguntas y repuestas sobre las primas

¿Por qué las compañías aumentan las primas del seguro?

Las compañías de seguros a menudo aumentan las primas cuando aumentan el costo de los reclamos.

Inflación en los costos médicos, un factor importante que contribuye al aumento del costo de las primas de seguros, está muy relacionado con el incremento anual de los costos en los procedimientos médicos.

Servicios médicos utilizados, o el número de veces que un médico realiza un procedimiento clínico anualmente, es uno de las causas del aumento en las primas de seguros.

Transferencia de costos ocurre cuando los hospitales aumentan sus tarifas para compensar por aquellos pacientes que no pagan por servicios recibidos o por la atención prestada a pacientes indigentes. Adicionalmente, nuevas tecnologías, exámenes y demandas judiciales por tratamientos médicos erróneos, pueden contribuir a la transferencia interna de los costos y por consiguiente al incremento en el costo del seguro de salud.

¿Qué pagan las primas de seguro?

Las primas sirven para pagar los reclamos de los asegurados y otros gastos, tales como las comisiones de los agentes aseguradores, el

impuesto sobre las primas y los gastos administrativos.

¿ Cómo determinan las compañías aseguradoras el costo de las primas?

Una compañía de seguros considera muchos factores cuando establecen las primas, tales como:

- Costos por servicios médicos
- Cobertura
- Edad del asegurado (las dos edades: la actual y la que tenía cuando la póliza fue emitida)
- Sexo
- Hábitos en su estilo de vida (tales como fumar)
- Area geográfica
- Coberturas adicionales compradas por el asegurado

Un ejemplo de la última categoría, llamado exención de pago de primas, requiere que usted pague primas más altas mensuales, si es seleccionado. A cambio, la compañía pagará la prima de su seguro, si usted se enferma y no puede pagarla.



Anuncio al consumidor

Las leyes de la Florida recompensan a aquellos individuos que encuentran cargos inapropiados en su facturas por servicios de salud. Haciendo esto, la ley intenta ayudar a contener los constantes aumentos en los costos de seguros de salud. Usted deberá revisar cuidadosamente cada uno de los cargos reflejados en las facturas de su hospital, su médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud. Usted deberá verificar que su factura cubra solamente los procedimientos médicos que usted realmente haya recibido. Esto también ayudaría a vigilar la duplicidad de los mismos cargos, “double billing”. Si encuentra un error, debe notificarlo a su compañía de seguros por escrito. Usted puede recibir un 20% de la cantidad de la reducción en la factura, hasta un máximo de \$ 500.00, por una factura incorrecta que merezca una reducción.



Condiciones para renovar la póliza de seguros y el aumento en las primas

Las condiciones para renovar las pólizas de seguro y el aumento en las primas varían de póliza a póliza; pregunte a su agente de seguros o un representante de la compañía sobre las condiciones de la póliza que se está considerando. Usted debe conocer también estos términos:

Renovación condicional

Bajo esta condición, una compañía de seguros puede renovar una póliza de seguros hasta que el asegurado llegue a cierta edad. La compañía puede negar la renovación o aumentar el costo de las primas, de acuerdo a condiciones especificadas en el contrato. Por ejemplo, una compañía puede declinar la renovación de su póliza por cambio de profesión. La mayoría de las compañías de seguros declina renovaciones por razones que no estén relacionadas con problemas de salud del asegurado.

Renovable garantizado

Esto significa que la compañía debe renovar la póliza por un período especificado. Las compañías deben aumentar el costo de las primas en forma consistente para todos los asegurados que estén en un mismo nivel.

No cancelable

Bajo esta condición, una compañía aseguradora no puede cancelar o aumentar el costo de su póliza, si usted paga a tiempo.

Renovación opcional

Esto significa que una compañía de seguros puede cancelar su póliza cuando

termine el contrato por cualquier razón, y aumentar el costo de las primas en cualquier momento.

Corto plazo, no renovable

Esto significa que usted no puede renovar su póliza al final del plazo de la misma. El costo de las primas puede permanecer constante por el período de la póliza, la cuál usualmente dura por unos pocos meses.

Bajo las leyes de la Florida, la compañía aseguradora debe darle 45 días de aviso, informándole la cancelación, no renovación ó cambio en el costo de la prima.

Sin embargo, la compañía de seguros solamente debe darle 10 días de notificación, por escrito, de cancelación de la misma por no pagar las primas.

La ley exime al asegurador de tener que enviar la notificación de cancelar una póliza, si ésta es pagada directamente a un agente licenciado de seguros por pago mensual o más frecuente. Esto puede crear un problema, si usted paga sus primas a través de un sistema de deducción directa del banco o la institución financiera. En estos casos, usted debería revisar cuidadosamente su cuenta para tener la seguridad de que la cobertura de su seguro permanece vigente.

Continuación de cobertura

COBRA

El Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA), una ley federal, permite a los empleados en el proceso de jubilación, o aquellos que han perdido cobertura por haber renunciado a su trabajo o por causa de reducción del número de horas de trabajo, a continuar su seguro de grupo por un período limitado de tiempo. Esto también es aplicable a los familiares que han perdido su cobertura, ya sea causado por un divorcio, una separación legal, muerte del empleado que tenía la cobertura, o si el empleado califica para recibir Medicare; o pierde su condición de dependiente de acuerdo a las provisiones del plan de salud. COBRA sólo es aplicable a aquellos empleadores con 20 ó más empleados.

Si usted califica para recibir los beneficios de COBRA, el administrador de su plan de seguro deberá notificarle sobre su derecho a decidir si desea mantener sus beneficios bajo el plan. A partir de ese momento usted tiene 60 días para aceptar la cobertura o perder todos los derechos a recibir los beneficios. Una vez que usted selecciona la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar 100 por ciento del total de los costos del seguro más el 2% para gastos de procesamiento.

Para obtener una publicación gratis que explica la cobertura de COBRA con más detalle, puede comunicarse con la oficina del Departamento del Trabajo (“ U.S. Department of Labor”) al

teléfono 1 800-998-7542. O si lo prefiere puede escribir al: Pension and Welfare Benefits Administration, Atlanta Regional Office, 61 Forsyth St., SW, Suite 7B54, Atlanta, GA 30303; o la oficina de Pension and Welfare Benefits Administration, Miami District Office, 8040 Peters Road, Building H, Suite 104, Plantation, Florida 33324.

Mini COBRA

La ley Mini COBRA de la Florida estipula la continuación de una cobertura similar que protege a aquellos empleados que trabajan para empresas con menos de 20 empleados.

Nota: En la Florida, bajo la ley Mini-COBRA es el empleado quien debe notificar al asegurador dentro de los 30 días antes de perder su elegibilidad del seguro de grupo que el o ella es elegible para continuar su cobertura.

Como calificar para los beneficios de COBRA y Mini COBRA

La continuación de cobertura de salud va desde un mínimo de 18 meses hasta un máximo de 36 meses, dependiendo de cada caso en particular. La cobertura puede continuar por unos 11 meses más si el asegurado se vuelve incapacitado al mismo tiempo cuando ocurre un suceso que le hace eligible para recibir los beneficios de COBRA. Una ocasión para calificar sería si el empleado es despedido (con excepción de una causa grave) o que se tenga que reducir las horas de trabajo para un

empleado. Sin embargo, no podrán exceder el límite de 36 meses. Otras ocasiones para calificar pueden ser:

- El beneficiario pierde la cobertura de seguro por causa de la muerte del empleado;
- El divorcio o la separación legal del empleado(a) y su esposo(a);
- El empleado califica para recibir Medicare; y un niño(a) pierde su estado legal de dependiente, de acuerdo con las provisiones estipuladas en el plan de salud.

Adicionalmente, la ley de la Florida le brinda la opción de convertir su póliza a un plan individual, si usted se retira de la póliza de grupo. Si usted deja de trabajar, se divorcia, o llega a la edad de 25 años y deja de calificar como dependiente bajo la póliza de grupo de su padre o madre, puede convertir su póliza de grupo a una póliza individual. Una póliza convertida usualmente cuesta más que una póliza de grupo. Quizás, disminuyan los beneficios, pero no va a necesitar un examen médico para calificar por la cobertura del seguro.

Ley de transportabilidad y responsabilidad de seguro médico (HIPAA - “Health Insurance Portability and Accountability Act”)

.....

Una ley federal llamada “Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)” ha hecho cambios muy importantes relacionados con el seguro de salud en los Estados Unidos. La legislatura de la Florida pasó una ley implementando estos requerimientos. En algunos casos, la ley estatal reúne o excede los requisitos básicos de esta nueva ley federal. Sin embargo, HIPAA y la ley estatal que lo implementa están sujetos a interpretaciones diferentes debido a lo complejo y variado de las situaciones que enfoca, y por consecuencia es probable que veremos el desarrollo de legislación estatal suplementaria para clarificar los términos y aplicación de HIPAA en el futuro.

Si tiene alguna pregunta, usted puede llamar a la línea gratuita de ayuda al consumidor, al teléfono 1-800-342-2762 para que le expliquen sus opciones bajo HIPAA y la ley estatal.

En términos generales, HIPAA y la ley estatal que lo implementa, es aplicable a aquellas personas que han mantenido la cobertura de un seguro de salud, pero han dejado o se han cambiado de un grupo a otro.

En algunos casos, estas leyes aplican a personas que han perdido cobertura individual.

Transportabilidad

Lo que permite que su cobertura previa reduzca el período de espera por una condición pre-existente bajo el nuevo plan de grupo al cual usted desea pertenecer es comunmente conocido como **transportabilidad**. La ley limita estos períodos de espera a 12 meses para un nuevo empleado que está asociándose al plan o 18 meses si es que el empleado decide asociarse más adelante.

Crédito por cobertura previa

La ley también afecta a las personas que cambien de pólizas de seguro de salud.

Su compañía de seguros o el departamento encargado de los planes de cobertura de su último empleador le emitirá un Certificate of Previous Coverage (Certificado de Cobertura Previa) cuando usted abandona un plan de salud de gastos médicos mayores o un plan comprensivo de salud. En este certificado se detalla por cuanto tiempo usted y sus dependientes estuvieron asegurados. También se explica a su nuevo empleador o compañía de seguros los beneficios y la cobertura que usted tenía bajo ese plan o póliza de seguro.

A lo mejor usted tuvo un plan de beneficios de salud por los últimos 12 meses de seguro de grupo o seguro individual. En ambos casos, su cobertura anterior generalmente reduce

cualquier tiempo de espera por una condición pre-existente, si usted aplica por un nuevo plan de seguro de grupo dentro de 63 días.

Condiciones pre-existentes

Las leyes de la Florida ya han revisado la mayoría de los cambios federales relacionados con condiciones pre-existentes. Por ejemplo, limitan el período de espera por condiciones pre-existentes a 12 o 18 meses dependiendo de cuándo usted se asoció a un plan de seguro de grupo.

Nuestras leyes estatales incluyen un cambio importante que prohíba a las compañías de seguros de considerar el embarazo como una condición médica pre-existente. Esto significa que una mujer embarazada que cambia de trabajo y se asocia a un nuevo plan de seguros no tiene que llenar el requisito del período de espera, antes de que el nuevo plan de salud pague por los servicios de salud asociados con el embarazo.

Emisión garantizada (“guaranteed issue”) de póliza de seguro individual

El término de emisión garantizada significa que una compañía aseguradora debe emitir una póliza de seguro sin importar su condición de salud. Antes de este cambio, si usted tenía una condición de salud pre-existente, o tiene un problema crónico, un asegurador puede negar su aplicación o excluir su cobertura por esa condición.

Bajo esta nueva ley en la Florida, si usted sale de un plan de salud de grupo o le han cancelado su póliza, usted puede calificar para una póliza de seguro individual de emisión-garantizada.

¿ Quién califica para la póliza de seguro de emisión garantizada ?

Existen tres requerimientos que determinan si usted califica para una póliza de emisión garantizada para seguro individual.

- Usted perteneció a un seguro de salud de grupo, del gobierno, o de un plan de seguro de una iglesia, y ahora no califica para ese plan o cualquier otro plan de grupo;
- Usted ha agotado su cobertura bajo COBRA u otra clase de seguro de salud similar;
- Usted no ha tenido un período mayor de 63 días sin cobertura de grupo o de COBRA.

¿Para cuál póliza califico yo?

Aquellos individuos elegibles que abandonan un plan de seguro de grupo pueden obtener un seguro de “emisión garantizada” para un plan individual en una de estas tres maneras:

- Su seguro de salud de grupo fue emitido en Florida.
- Usted perteneció a un plan de autoaseguramiento de su antiguo empleador o un plan de grupo de una

iglesia o cualquier otro tipo de plan de seguro de salud de grupo no regulado por la ley de la Florida.

- La compañía aseguradora o HMO le terminó la cobertura debido a insolvencia, o a terminación de toda cobertura individual en la Florida o en la área de servicios donde usted vive.

Después de agotar la cobertura de COBRA, usted podría calificar para un **plan de conversión**, el cuál se refiere al plan de emisión-garantizada de cobertura individual que el plan de grupo del asegurador debe ofrecerle. Usted deberá recibir dos opciones de conversión con diferentes niveles de beneficios extensos de gastos médicos mayores. Sin embargo, estos beneficios pueden ser diferentes de los ofrecidos por su plan de seguro del grupo previo.



Después de haber agotado la cobertura de COBRA, usted puede escoger un plan individual de seguro de salud. Usted después podrá aplicar para una póliza emitida por cualquier compañía de seguros que ofrezca

este tipo de cobertura en la Florida, salvo en un caso. Este caso es cuando el administrador de una compañía que tenga un plan de autoaseguramiento ofrece una opción de conversión que cumple con las leyes de la Florida. En este caso, usted no califica para cualquier otra “emisión garantizada,” pero tendrá la oportunidad de escoger entre las dos opciones arriba mencionadas.

Cuando usted aplica por cobertura, la compañía debe darle a escoger entre la primera y la segunda de sus pólizas más populares ofrecidas en la Florida. La frase “más popular” en este caso significa las pólizas emitidas para estos dos grupos más grandes de individuos asegurados por esa compañía en el estado.

Nuevas protecciones para las pólizas de “emisión garantizada”

Las pólizas de seguro individuales de emisión garantizada incluyen las siguientes nuevas protecciones:

Crédito por cobertura anterior – Si usted tiene 18 meses de cobertura previa de un grupo asegurador y/o cobertura de COBRA, usted no tendrá un período de espera por condiciones pre-existentes antes de que su póliza de seguro individual comienza. Su cobertura previa actúa como un “crédito” contra el tiempo más largo de esos dos períodos (12 meses) que un asegurador puede requerir para una póliza de emisión-garantizada. La cobertura previa de su esposo(a) o dependientes también podrían actuar como créditos.

Cobertura para una condición pre-existente

– La póliza no puede completamente excluir la cobertura por condiciones pre-existentes, ya sean de usted, su esposo(a) o dependientes.

Cobertura para un recién nacido o para un niño recientemente adoptado – Si su hijo(a) nació o fue adoptado(a) dentro de los pasados 18 meses, el niño no tiene que cumplir con el requerimiento de “cobertura previa”. El niño califica para recibir beneficios en el momento que la póliza comienza.

El Departamento de Seguros de la Florida está siempre dispuesto a ayudarle. Si usted o su agente de seguro tienen alguna pregunta, por favor llame a la línea gratuita de ayuda al consumidor, al teléfono 1-800-342-2762. Usted también puede llamar a la línea de ayuda, para informarse si la compañía vende pólizas de seguros en Florida.

Consejos útiles al consumidor

Los siguientes consejos le servirán de ayuda cuando vaya a comprar un seguro de salud.

- Cuándo llene su aplicación liste todas condiciones pre-existentes en su salud; una compañía de seguros puede negarle el pago de su reclamos o cancelar su póliza debido a una aplicación incorrecta o incompleta.
- Cuídese de los fraudes por teléfono o aquellos que por teléfono ejercen una gran presión para tratar de venderle seguros que usted no desea o son innecesarios. Ese tipo de personas pueden utilizar tácticas

fraudulentas o engañosas, tales como pedirle que pague las primas en dinero efectivo para aprovechar esta última oportunidad. Pida que le envíen la información de la póliza de seguro y investigue toda la información del agente de seguros y las credenciales de la compañía. Si usted sospecha que esta suerte de crimen ha ocurrido, por favor llame a la línea gratuita directa de FRAUDE al teléfono 1-800-378-0445, o al Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor al teléfono 1-800-HELP-FLA (1-800-435-7352). Por un costo nominal, el Departamento de Agricultura y Servicios al Consumidor pueden añadir su nombre a la lista de teléfonos que los vendedores no deben llamar.

- Comuníquese con el administrador de su póliza de seguro, si usted quiere convertir su póliza de cobertura de grupo a cobertura individual, a causa de divorcio, restricciones de la edad, etc.
- Su compañía debe notificarle por escrito por lo menos 45 días antes de cancelar o no renovar su contrato, o cambiar la prima de su seguro. Usted puede llamar a la línea gratuita de ayuda al consumidor, al teléfono 1-800-342-2762, si usted no recibe dicha notificación.
- Usted tiene el derecho de revisar la póliza por un período de 10 días cuando usted compre una póliza de seguro individual. Si usted decide no aceptar la póliza, deberá devolverla por correo registrado o

certificado dentro del período de tiempo permitido por la ley.

- Usted tiene el derecho de un “período de gracia”, el cuál es un tiempo específico en que usted puede pagar la mensualidad atrasada y todavía mantener su cobertura vigente.
- Pregunte a su agente si su póliza fue emitida fuera de la Florida; si es así, usted debe asegurarse que la póliza contiene toda la cobertura que usted necesita, antes de comprarla. Lea todo con mucha atención y si el documento de cobertura dice que no es una “póliza” sino un “certificado”, usted tiene una poliza emitida fuera del estado.
- Antes de comprar pólizas adicionales, es importante que usted comprenda cómo funcionará su cobertura actual conjunta con otra póliza de seguro. No compre demasiado seguro, usted no puede cobrar un reclamo dos veces.
- Mantenga cobertura continua, y no cancele su antigua póliza hasta que no esté seguro de que su nueva compañía de seguros haya aceptado su aplicación. Algunas compañías no comienzan la cobertura hasta que su aplicación es aprobada y le hayan notificado.
- Pague las primas aún cuando exista una disputa con su compañía de seguros. Es posible que le cancelen su póliza por no haber pagado las primas.

¿Qué sobre la cobertura para terapias “alternativas”?

Debido al aumento del interés del consumidor, algunas compañías de seguro y organizaciones de seguros de salud administrado están ofreciendo cobertura “alternativa” para medicinas y terapias, tales como suplementos herbales, acupuntura, masajes, etc. En algunos casos, los tratamientos alternativos cuestan menos que los procedimientos tradicionales. Sin embargo, la cobertura extendida por medicinas alternas no ocurrirá hasta que los expertos médicos no conduzcan estudios a largo plazo y investigaciones adicionales. La cobertura que actualmente existe, generalmente envuelve reembolsos limitados y otras restricciones.

Para más información, contacte su compañía de seguros o el representante del HMO, o la oficina de recursos humanos de su empleador. Usted también puede buscar consejos médicos calificados de su médico y otros profesionales del servicio de salud.



Cómo llenar planillas de reclamo

La ley de la Florida estipula que se usen una planilla de reclamo uniforme por el seguro de salud. Muchos médicos y hospitales tienen planillas de reclamo de seguros a la disposición de sus clientes y hasta le ayudan llenar o se las someten.

Las siguientes instrucciones le ayudarán a apurar el proceso de reclamación.

Informe a su compañía de seguros sobre el reclamo por escrito, dentro de los 20 días subsiguientes al accidente o a la enfermedad. Usted deberá someter su reclamo dentro de los 90 días subsecuentes.

Comuníquese con su agente si necesita ayuda someter su reclamo. Usted deberá llenar las planillas completa y correctamente; anexas copias de las facturas cuando se las pidan, y guarde los originales. Haga que su médico o un representante del hospital completen (y firmen si es necesario) las secciones de la planilla de inmediato.

Guarde las copias de todo lo que usted envíe a la compañía o que la compañía le envíe a usted. Lleve un registro de las fechas de las facturas y de todo lo relacionado con el reclamo.

Nota: Su compañía deberá pagar su reclamo brevemente después de recibirlo. La compañía deberá enviarle una explicación, si le envía un pago parcial o si su reclamo es rechazado.

Cómo seleccionar un agente de seguros

.....

Es muy importante acordar que la mayoría de los agentes son profesionales de buena reputación. Los agentes de seguro tienen que tomar clases y pasar ciertas exámenes para obtener la licencia. Adicionalmente de que se les requiere que pasen exámenes, algunos agentes deciden tomar otros cursos. Estos cursos son opcionales y ofrecen a los agentes un entrenamiento adicional en diversas áreas del mundo de los seguros. Ellos también pueden resultar en designaciones profesionales de seguros. Algunas designaciones que un agente puede tener incluyen las siguientes:

- CEBS Certified Employee Benefits Specialist (Especialista certificado para beneficios de los empleados)
- CFP Certified Financial Planner (Planificador financiero certificado)
- ChFC Chartered Financial Consultant (Consultante financiero certificado)
- CIC Certified Insurance Counselor (Consejero certificado de seguros)
- CLU Chartered Life Underwriter (Asegurador certificado de seguros de vida)
- CPCU Chartered Property & Casualty Underwriter (Asegurador certificado de seguros de incendio y responsabilidad civil)

- LUTCF Life Underwriting Training
Council Fellow (Socio de consejo
por el entrenamiento de seguros
de vida)
- RHU Registered Health Underwriter
(Asegurador de salud registrado)

Cuando vaya a seleccionar un agente de seguros, escoja uno que esté licenciado para vender seguros en la Florida. También, es bueno que sea una persona con la cuál usted se sienta cómodo para hacer negocios y que esté disponible para contestar todas sus preguntas. Para verificar si la persona es un agente licenciado, puede llamar a la línea gratuita directa de asistencia al consumidor al teléfono 1-800-342-2762.

Cómo seleccionar una compañía de seguros

.....

Tal como se haría cuando vamos a comprar algo significativo, es una buena idea investigar bien para estar seguro que usted está comprando lo mejor por su dinero. Cuando va a seleccionar una compañía de seguros, es recomendable averiguar la seriedad, reputación y la responsabilidad de la misma antes de decidirse. Muchas organizaciones publican evaluaciones de compañías de seguros y se pueden encontrarlas en las bibliotecas públicas o en la red. Estas organizaciones incluyen: A.M. Best Company, Standard and Poor's, Weiss Ratings, Inc., Moody's Investors Service y Duff & Phelps. Las compañías de seguros están evaluados de acuerdo a varios elementos,

tales como data financiera (incluyendo activos y pasivos) operaciones y la historia de la compañía. Sería bueno revisar los reportes financieros, las acciones en la bolsa y revisar en la red si tienen una página informativa.

Antes de comprar un seguro, es necesario verificar si la compañía está autorizada para ejercer en la Florida. En la mayoría de las circunstancias el pago de los beneficios está garantizado por la Florida Insurance Guaranty Association (FIGA) y la Florida Life & Health Insurance Guaranty Association (FLHIGA). Si usted compra su seguro a través de una compañía no autorizada, no estará protegido por muchas de la leyes y las reglas que regulan la forma que estas compañías ejercen.

- FIGA paga aquellos reclamos relacionados con la propiedad y con accidentes a los asegurados, en caso que la compañía de seguros se vuelva insolvente y no pueda pagar.
- FLHIGA paga aquellos reclamos relacionados con seguros de vida y de salud a aquellos asegurados, en caso que la compañía de seguros se vuelva insolvente y no pueda pagar. Para obtener más información puede llamar a la oficina de servicios más cercana a usted, o a la línea gratuita de ayuda al consumidor al teléfono 1-800-342-2762.

Privacidad médica y Medical Information Bureau (Agencia de información médica)

.....

El Medical Information Bureau (MIB) (Agencia de información médica) es un banco de datos que contiene información médica y no médica de alrededor de 15 millones de personas residentes en los Estados Unidos. ¿Es usted uno de ellos? Quizás sí lo es, si usted ha aplicado por seguro de salud a uno de los 800 miembros de MIB.

Las compañías envían al MIB la información que usted escribió en la aplicación, en las planillas de registro, en sus peticiones de aumento de cobertura de salud, de seguro de vida y de invalidez. El MIB también recibe toda la información de sus exámenes médicos, exámenes de sangre y de laboratorio, y sus reportes del hospital, cuando esta información sea legalmente disponible.

Si en alguna ocasión se le ha negado seguro de vida o de invalidez, y usted se pregunta por qué, a lo mejor su respuesta está en los archivos del MIB. Aunque el registro del MIB pudiera parecer una invasión a la privacidad, él impide el fraude y el abuso del sistema nacional de aseguradores privados. Sin embargo, usted tiene el derecho de asegurarse que su información en el MIB es correcta. Llame al teléfono (617) 426-3660 para pedir una copia de su expediente, o busque la página de MIB en la red al www.mib.com.

Ahora que ya conoce el MIB, podrá entender mejor la razón por la cuál es importante que la información que usted provea en cualquier aplicación de seguros sea cierta. Si el MIB encuentra que la información es falsa, su asegurador puede cancelar su póliza. Más que eso, es posible que nunca más pueda obtener un seguro.

Sus derechos y responsabilidades

.....

Al comprar un seguro, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades.

Sus derechos

Usted tiene el derecho de recibir un ejemplar de su póliza de seguro o el certificado que explica su cobertura.

Usted tiene el derecho de recibir copias de todas las planillas y aplicaciones firmadas por usted o su agente.

Usted tiene el derecho de apelar reclamos que le hayan sido negado.

Sus responsabilidades

Usted tiene la responsabilidad de leer y entender su póliza de seguro.

Usted tiene la responsabilidad de leer y entender la explicación de los beneficios que le envíe su compañía de seguros. Estas planillas usualmente dicen “Esto no es una cuenta”. Es importante que la revise cuidadosamente para

estar seguro de que está recibiendo todos los servicios médicos que le han ofrecido y que su compañía de seguros le han cobrado.

Usted tiene la responsabilidad de reportar cualquier sospecha de fraude al Departamento de Seguros. Si sospecha que un delito ha sido cometido, por favor llame a la línea gratuita directa de reporte de fraude, al teléfono 1-800-378-0445.

Usted tiene la responsabilidad de confirmar que toda la información en su aplicación es correcta. Esto incluye información sobre condiciones pre-existentes. Si usted comete fraude o da una información incompleta en su aplicación, la compañía puede negar el pago de su reclamo.

Usted tiene la responsabilidad de saber qué cubre o no cubre su póliza de seguros. Usted tiene la responsabilidad por el pago de las primas, aún cuando exista una disputa con su compañía de seguros.

Usted tiene la responsabilidad por el pago del deducible previamente señalado en su póliza.

Usted tiene la responsabilidad por verificar la licencia de su agente y de la compañía de seguros. Puede llamar a la línea de ayuda al consumidor al teléfono 1-800-342-2762. Recuerde que una tarjeta de presentación no es una licencia!

Diagrama A: Requerimientos y cobertura de los planes de seguro

En las páginas siguientes detallamos en orden alfabético inglés una lista específica de los requerimientos, en el estado de la Florida, para los diferentes tipos de aseguradores privados y los planes de salud ofrecidos por los HMO a partir de Junio de 2001.

EPO ... Organización de proveedores exclusivos

PPO ... Organización de proveedores preferidos

PCP ... Proveedor de salud principal

Nota ... Estos beneficios pueden ser provistos bajo los términos del contrato o requeridos por la ley federal. Sin embargo, si usted está tomando la decisión basándose en la necesidad de estos beneficios específicos, es imprescindible que verifique con su agente que SU póliza provee los beneficios que usted necesita.

* Algunos planes de seguro de salud para individuos en la Florida no ofrecen todos los beneficios arriba mencionados. Estos planes individuales son ofrecidos por medio de asociaciones que manejan grupos, las cuáles están sujetas a las leyes de otros estados, pero no de la Florida (Por favor vea la página 18 para más detalles).

PLANES DE SEGURO					
P: Cubierto bajo planes de HMO y tradicionales?	Individual		Pequeños Negocios (Planes básicos/estándares)	Grupos Grandes y Otros Pequeños	
	Tradicional*	HMO*		Tradicional	HMO
	Beneficio				
1. Acupunturista	Si	Note	Si	Si	No
2. Centros de cirugía ambulatoria	Si	Note	Si	Si	No
3. Centros de parto	Si	Si	Si	Si	Si
4. Transplante de médula, incluyendo donante y paciente	Si	Si	No (estándar - cobertura limitada)	Si	Si

PLANES DE SEGURO

P: Cubierto bajo planes de HMO y tradicionales?

Individual

Grupos Grandes y Otros Pequeños

Beneficio

Tradicional*

HMO*

Pequeños Negocios (Planes básicos/estándares)

Tradicional

HMO

5. Transplante de médula	Si	Si	No (estándar cobertura limitada)	Si	Si
6. Cáncer: varias terapias de cáncer poco utilizadas	Si	Nota	No	Si	No
7. Niños: adoptados o en cuidado temporario	Si	Si	Si	Si	Si (niños adoptados)
8. Niños: servicios de niños minusválidos	Si	Si	Si	Si	Si
9. Niños: recién nacidos	Si	Si	Si	Si	Si
10. Niños: beneficios para niños sanos	Si	Si	Si	Si	Si
11. Ciropractores	Si	Si	Si	Si	No
12. Fisura del paladar	Si	Si	Si	Si	Si
13. Combinación de beneficios por el mismo proveedor hasta 6 meses, o cuidado despues de parto, cuando el proveedor se separe de la cadena del HMO	No	Si	No	No	Si
14. Conversión a seguro individual	Si	Si	Si	Si	Si

PLANES DE SEGURO

P: Cubierto bajo planes de HMO y tradicionales?

Individual

**Pequeños Negocios
(Planes básicos/estándares)**

Grupos Grandes y Otros Pequeños

Beneficio

Tradicional*

HMO*

Tradicional

HMO

15. Beneficios dentales: anestesia general y hospitalización	Si	Si	No	Si	Si
16. Familiares, cobertura de	Si	Si	Si	Si	Si
17. Dermatología, beneficios de	Si	Si	No	Si (EPO/ PPO)	Si
18. Diabetes, tratamiento de	Si	Si	Si	Si	Si
19. Tratamiento de screening en una sala de emergencia cuando no resulta en un caso de emergencia	Nota	Si	Nota	Si (EPO)	Si
20. Materiales para alimentación interna	Si	No	No	Si	No
21. Extensión de beneficios	No	No	Si	Si	Si
22. Protecciones contra el VIH	Si	Si	Si	Si	Si
23. Asistencia médica a domicilio	No	No	Si	Si	No
24. Cobertura de mamografías	Si	Si	Si	Si	Si
25. Masaje	Si	Nota	No	Si	No
26. Masectomía: cobertura de prótesis y cirugía reconstructiva resultante de una masectomía	Si	Si	Si	Si	Si

PLANES DE SEGURO

P: Cubierto bajo planes de HMO y tradicionales?

Individual

Grupos Grandes y Otros Pequeños

Beneficio

Tradicional*

HMO*

Pequeños Negocios (Planes basicos/estandares)

Tradicional

HMO

27. Mastectomía: estancia hospitalaria	Si	Si	Si	Si	Si
28. Mastectomía: ambulatoria	Si	Si	Si	Si	Si
29. Maternidad: estancia hospitalaria	Si	Si	Si	Si	Si
30. Maternidad: partera	Si	Si	Si	Si	Si
31. Maternidad: cuidado despues de parto	Si	Si	Si	Si	Si
32. Enfermedades mentales/nerviosas: cobertura facultativa	No	No	Si (limites diferentes)	Si	Si
33. Acceso a tratamiento de toxicología y ginecología	Si	Si	No	Si (EPO)	Si
34. Oftalmólogos	Si	Si	Si	Si	Si
35. Oculista	Si	Si	Si	Si	Si
36. Hospitales de osteopatía	Si	Si	Si	Si	Si
37. Osteoporosis: diagnostigo y exploración	Si	Si	No	Si	Si
38. Servicios fuera del hospital	Si	Si	Si	Si	No

PLANES DE SEGURO

P: Cubierto bajo planes de HMO y tradicionales?

Individual

Grupos Grandes y Otros Pequeños

Beneficio

Tradicional*

HMO*

Pequeños Negocios (Planes básicos/estándares)

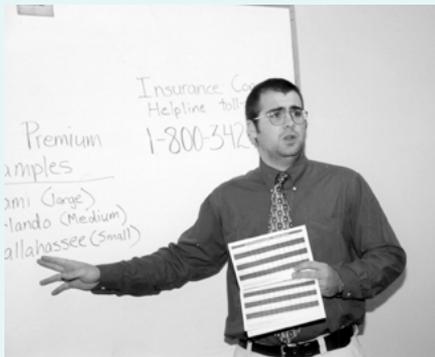
Tradicional

HMO

39. Pedicuros	Si	Si	Si	Si	Si
40. Condición pre-existente	Si	Si	Si	Si	Si
41. Médico Primario: chiropractor	N/A	Si	No	N/A	Si
42. Médico Primario: tocólogo y ginecologo	N/A	Si	Si	N/A	Si
43. Médico Primario: osteopato	N/A	Si	Si	N/A	Si
44. Médico Primario: pedicuro	N/A	Si	Si	N/A	Si
45. Servicios de psicoterapia	Yes	No	No	Si	No
46. Toxicomanía: cobertura facultativa	No	No	No	Si (facultativa)	Si (facultativa)
47. Articulación temporomandibular (TMJ): tratamiento médicamente necesario	Si	Si	Si	Si	Si

Programa de extensión educativa a la comunidad

El Departamento de Seguros ofrece programas de extensión educativa a la comunidad en diversos tópicos relacionados con seguros. Oradores hablarán a grupos y organizaciones cualquiera de los temas de seguro que usted seleccione y también tratarán de contestar preguntas que usted pueda tener acerca de su seguro. Para más información, llame a su oficina local de servicios. La lista de las oficinas con sus teléfonos está en la página interior de la cubierta de esta guía.



Temas de seguro:
Seguro de salud
Seguro de automóviles
Preparaciones durante un desastre
Seguro por propietarios de pequeños negocios
Seguro de vida
Organizaciones de salud de cobertura administrada (HMO's)
Seguro suplementario a Medicare
Seguro de asistencia a largo plazo
Fraude en seguros

Personas mayores: ¿Necesitan repuestas a sus preguntas sobre seguros?

El Departamento de las personas mayores de la Florida ha desarrollado un programa para ayudar a las personas mayores con sus preguntas relacionadas con los seguros de salud y sobre Medicare.

SHINE – Serving Health Insurance Needs of Elders (Sirviendo a las personas mayores con sus necesidades de seguro de salud) entrena a aquellas personas mayores que desean servir como voluntarios para ayudar a otras personas mayores con preguntas relacionadas con Medicare, pólizas suplementarias a Medicare, asistencia a largo plazo y cualquier otra pregunta relacionada con el seguro de salud.

El Departamento de Seguros sirve como un asesor técnico de SHINE y recomienda el programa a los consumidores. Para obtener más información sobre los programas de SHINE en su comunidad, por favor comuníquese con la línea gratuita directa de ayuda al consumidor “ Elder Hotline ” al teléfono 1-800-96-ELDER (1-800-963-5337) o al Departamento de Personas Mayores de la Florida al teléfono (850) 414-2060.



¡El fraude en los seguros nos cuesta a todos!

Los fraudes en el seguro le cuestan \$1,500* anuales en primas adicionales a cada familia en la Florida. En realidad, pueden aumentarle sus primas más de un 30% según el National Insurance Crime Bureau. Esto incluye las primas que usted paga por seguro de vida, de automóvil, de salud, de incendio y de otros clases.

Usted puede proteger su bolsillo y el de su familia enterandose de los distintos casos de fraudes y trucos que existen, tales como:

Visitas ficticias – Un proveedor de servicios de salud envía cuentas al programa federal de Medicare por visitas innecesarias, no autorizadas o ficticias a los pacientes en sus casas.

Agente comete “stacking” – Agentes aseguradores cometen “stacking” cuando venden a deliberadamente seguros de salud que duplican los beneficios que el asegurado ya tiene.

Fraude del aplicante – Una persona deliberadamente oculta informaciones sobre condiciones de salud pre-existentes con el objeto de obtener cobertura de salud.

Visita no autorizada – Un laboratorio procura cobrar de la compañía de seguros exámenes practicados a un paciente basándose en información robada de la oficina del médico tratante. En realidad, el médico nunca asistió a este paciente.

Cuentas engañosas – Una persona mayor vende las informaciones sobre su seguro a un proveedor médico quien por turno presenta una cuenta a Medicare por servicios no previstos. En algunas situaciones tales proveedores someten hasta 800 servicios fraudulentos dentro un plazo de 3 meses.

Existen muchas otras formas de fraude de seguros. Si usted cree que se haya ocurrido tal delito, llame al gratuito Fraud hotline del Departamento de seguros de la Florida, llamada a 1-800-378-0445.

*Origen: Coalición contra fraude de seguros, estudio de 1994

Glosario

Anexo (Rider)

Esta es una añadidura de una póliza de seguro que especifica condiciones o beneficios adicionales a los que están involucrados en la póliza original.

Asignación (Assignment)

La asignación es un documento firmado por el asegurado, autorizando a la compañía de seguros el pago de beneficios directamente al hospital, a los médicos o a otro proveedor de salud.

Cargos Normales (Customary Charge)

Esta es una gama de los honorarios que usan cobrar los médicos de una misma especialidad quien operan en la región geográfica donde vive el asegurado, por cada proceso médico en particular.

Cargos Razonables (Reasonable Charge)

Este es un costo que difiere de los gastos usuales o acostumbrados por circunstancias usuales debido a una situación poco usual que envuelva complicaciones médicas que requiere tiempo adicional, conocimientos y experiencia.

Cargos Usuales (Usual Charge)

Estos son los honorarios que los médicos usan cobrar por un procedimiento.

Coaseguro (Coinsurance)

Esta es la parte del seguro que debe pagar el asegurado de su bolsillo. Usualmente es un porcentaje del costo del procedimiento. La mayoría de las pólizas requieren que el comprador de la póliza de seguro pague un 20% del total de la factura.

Condición pre-existente (Pre-existing condition)

Esta es una enfermedad diagnosticada o tratada por lo menos por un período de seis meses inmediatos antes de la fecha efectiva de la póliza de seguro. Una póliza de seguro usualmente no cubre una condición pre-existente hasta cierto tiempo después de la fecha en que el asegurado compra la cobertura de seguro.

Copago (Copayment)

Este es el monto estipulado que debe pagar quien suscribe una póliza de seguro a través de una organización de cobertura

administrada por servicios cubiertos. La persona que suscribe la póliza paga este monto establecido al proveedor de servicios en el momento que se presta el servicio.

Deducible (Deductible)

Este es el monto de dinero que usted deberá pagar antes de que la compañía de seguros pague la parte que le corresponde. Usualmente, lo más alto que sea el deducible, lo menor que es la prima.

Emisión garantizada (Guaranteed-issue policy)

Este es un tipo de póliza de seguro bajo el cual una compañía de seguros le debe emitir la póliza, bajo ciertas circunstancias, independientemente de las condiciones de salud que usted tenga.

Exclusión (Exclusion)

Estas son ciertas condiciones (o eventos de la vida) específicas que no tienen cobertura.

Fecha de vigencia (Effective date)

Este es el día en el cual comienza la protección del seguro.

Inflación del costo médico (Medical cost inflation)

Esta es un aumento en la prima de seguro debido al alza de los costos de atención médica. El aumento refleja el costo adicional de los servicios médicos de un año para otro. No se considera la cantidad de veces que el paciente recibe servicios médicos durante un año.

Insolvencia (Insolvency)

Esta es la incapacidad de la compañía de seguros a cumplir con sus obligaciones financieras ó deudas; bancarrota.

Límite del monto de siniestros (Stop-loss limit)

Esta es una provisión que limita el monto del coaseguro que el asegurado tiene que pagar.

Lista de procedimientos quirúrgicos (Surgical schedule)

Esta es una lista de pagos autorizados por diferentes tipos de cirugía. La severidad de una operación quirúrgica determina el monto máximo a pagar.

Niveles de atención de asistencia (Levels of nursing care)

Existen varios grados de atención de salud. Los tres niveles a menudo citados por Medicare, seguro suplementario a Medicare y otros pólizas de seguro son los siguientes:

Atención especializada (Skilled nursing care) - Este nivel ofrece atención especializada a todas horas por o bajo la supervisión de una enfermera registrada o de un médico.

Atención intermedia (Intermediate care) - Este nivel indica atención de salud por menos de veinticuatro (24) horas diarias, por ó bajo, la supervisión de personal médico especializado. Este servicio debe ser supervisado por una enfermera registrada o por un médico.

Atención custodial (Custodial care) - Este nivel de atención no requiere que una enfermera lo administre. Puede ser provisto en una clínica de reposo o en casa, pero debe ser recomendado por un médico. Este servicio incluye ayuda con las actividades diarias. La póliza suplementaria de Medicare ofrece cobertura de atención limitada, ya que

suplementa los pagos de Medicare por la atención especializada, pero no la intermedia o custodial.

Pequeños negocios (Small business)

Esta es una empresa que tiene de uno a cincuenta (50) empleados.

Período de eliminación (Elimination period)

Este es el período de tiempo que un asegurado tiene que esperar antes de que la compañía de seguros comience a pagar los beneficios.

Período de espera (Waiting period)

Esto significa el tiempo efectivo que debe transcurrir entre la fecha de vigencia y la fecha donde los pagos de beneficios comenzarán.

Período de gracia (Grace period)

Este es un período específico bajo el cual el asegurado puede pagar el balance vencido y todavía puede tener cobertura.

Póliza de conversión (Conversion policy)

Una póliza de conversión es una póliza o certificado de seguro individual que es emitido cuando una persona ya no califica como miembro de un seguro de grupo o como dependiente bajo un seguro de grupo o una póliza individual.

Servicio medicamento necesario (Medically necessary)

Este es un procedimiento médico ó un tratamiento necesario para mantener o recuperar su buena salud. Muchas pólizas de seguro solamente pagaría por tratamientos que sean medicamento necesarios.

Solicitud (Application)

Este documento es una declaración firmada que establece los hechos que la compañía de seguros utiliza para determinar si puede emitir cobertura de salud. La aplicación incluye su nombre, edad, dirección y puede incluir preguntas sobre su historia médica. La solicitud formará parte integrante de su contrato de seguro.

Transferencia de costos (Cost shifting)

Un procedimiento usado por los hospitales que aumenta el costo de los servicios del hospital para poder cubrir la pérdida por aquellos pacientes que no pagan ó son indigentes.

Utilización de servicios médicos (Medical utilization)

Esta es la frecuencia que el asegurado utiliza servicios médicos en un año en particular como resultado del reclamo al seguro. Este término también se refiere al número de veces que un médico asiste al paciente en un año.

Vistazo gratuito (Free look period)

Este es un período de diez (10) días después de recibir la póliza de seguro, en él cuál usted puede decidir si desea quedarse con la póliza. Esta cláusula es válida solamente para las pólizas de seguro individuales.

Notas: