Seguros Para Los Dueños de Pequeños Negocios

Indice

4 Clases de seguros de propiedad y responsabilidades (riesgos)
9 Opciones de compra
11 Asegurando el negocio de una sola person o uno ubicado en su hogar
12 Seguro de salud para sus empleados
14 Acto para el Acceso al Cuidado de Salud de los Empleadores Pequeños
16 Planes de salud de altos deducibles
35 Como seleccionar un agente de seguros
35 Como seleccionar una compañia de seguros
36 ¡El fraude en los seguros nos cuesta a todos!
37 Programas de extensión educativa a la comunidad
38 Glosario

Nota

Las tarifas y los formularios usados por las compañias de seguros en la Florida son regulados por las Oficinas de Regulaciones de Seguros. (OIR) Aunque esta oficina aparece desde un punto de vista bajo las oficinas del Departamento de Servicios Financieros, OIR es una entidad separada que reporta directamente a los miembros del Gabinete de la Florida. Debido a que el Departamento de Servicios Financieros (DFS) ayuda a los consumidores con problemas relacionados con seguros, es mencionado a través de esta guía solamente y el consumidor debe de tomar en cuenta que DFS es el punto principal de contacto para cualquier problema o pregunta relacionada con su seguro.

El Departamento de Servicios Financieros de la Florida distribuye esta guía sólo con fines educativos; no constituye una promoncíon de los productos o servicios de compañías, o de personas que estan ofreciendo un servicio o un producto.

Este papel contiene fibra reciclada

Copyright ©2007
Departmento de Servicios Financieros de la Florida

Esta guía también puede ser obtenida en otras clases de formatos, por ejemplo: cintas de audio o letra más grande, llamando a nuestra Línea de Ayuda para el Consumidor 1-800-342-2762. Puede también obtener una copia de esta guía visitándonos en el Internet al www.fldoi.com. Aquellos que usan equipos TDD (Telecomunicación para personas con dificultades auditivas)pueden obtener una copia llamando al 1-800-640-0886.

EN LA FLORIDA
LÍNEA DE AYUDA PARA EL CONSUMIDOR

1-800-342-2762

O visite nuestra página del web: www.fldfs.com

Telecomunicación para personas con dificultades auditivas

1-800-640-0886

SEGURO PARA LOS DUEÑOS DE PEQUEÑOS NEGOCIOS

Buscando un plan de seguros para protejer su negocio puede ser una de las decisiones más importante que usted tenga que hacer. Esta guía tiene como fin explicarle las coberturas que son necesarias y las que pueden considerarse opcional cuando esta listo a tomar una decisión para cubrir sus necesidades.

Para poder decidir cuales son sus necesidades de seguros, es importante primero revisar los riesgos que existen y la clase de propiedad que tiene.

Su propiedad es considerada el edificio y los equipos que tenga en el mismo. El riesgo tiene que ver con la responsabilidad financial que tiene hacia sus empleados y la propiedad dentro de su negocio.

Clases de seguros de propiedad y responsabilidades (riesgos)

Cobertura Requerida

Las leyes de la Florida requieren que aquellos que tengan un negocio mantengan cobertura de compensación laboral y seguros comercial para automóviles bajo la siguientes normas.

Seguro de protección laboral es requerida para negocios que no tiene que ver con construcción y que empléan cuatro o más empleados. Los negocios de construcción tienen que tener esta cobertura si tienen por lo menos un empleado.

Cobertura comercial de automóvil es requerida para los negocios que son dueños de carros, camiones, aquellos que son rentados y si el negocio opera cualquier vehículo.

Cobertura para la compensación laboral

Esta cobertura provée beneficios médicos y un parcial reembolso del sueldo del empleado que ha sufrido heridas en el trabajo o en actividades relacionadas con el trabajo. Esta cobertura tambíen protege al empleado contra litigios civiles si el empleado sufre un accidente en el trabajo. La cobertura de compensación laboral es ofrecida bajo un plan de seguros designado para esta clase de cobertura. La cobertura es obtenida por el empleador.

Los negocios, segun las clasificaciones códigas, son o de construcción o de no-construcción. El factor mas importante que existe para determinar esta clasificación se encuentra en la estructura del negocio.

Aplicaciones para la elección o la exención de esta clase de cobertura tiene que ser presentadas y aprobadas por el Departamento de Servicios Financieros de la Florida, bajo la Division de Compensación Laboral. Aplicaciones para la elección o exención tienen requerimientos especiales y pueden requerir la presentación de papeles adicionales con la aplicación. *La aplicación e instrucciones pueden obtenerse visitando el web del departamento, www.flds.com/wc.*

Si desea información adicional sobre el programa y los requerimientos para obtener un seguro de protección contra compensación laboral, llame a línea gratís del Departamento de Servicios Financieros, 1-800-342-2762. El centro de servicios de ayuda a los consumidores sobre compensación laboral es el 850-413-1601, o visite el web del departamento al www.fldfs.com.

Cobertura comercial para automóviles

Si parte de su negocio tiene que ver con automóviles que son usados como parte del negocio, es necesario que obtenga una cobertura de clase comercial. Los requerimientos y opciones varian mucho entre las diferente clases de negocios. Un buen consejo es que se ponga en contacto con su agente de seguros para que lo guíe en obtener la mejor clase de cobertura comercial que su negocio necesita para cubrir sus automóviles y camiones. Pregunte si hay otros requerimientos por parte de mandatos en la ciudad o en el condado y que otros requerimiento pueden existir bajo el Departamento de Transporte de los Estados Unidos. (U.S. Department of Transportation)

La cobertura comercial de automóvil es muy parecida a la cobertura de su seguro de automóvil. Muchas de las coberturas incluyen cobertura para protección a la propiedad, como tambíen cobertura para responsabilidad por daños causados a otros por los empleados mientras estan manejando un camión, o auto de su negocio. Si por alguna casualidad esta usando su propio automóvil durante las horas de su negocio, corre el riesgo de que si tiene un accidente le niegen el reclamo. Revise con cuidado las coberturas bajo su seguro para ver si su póliza cubre el auto mientras lo esta usando en su negocio.

Puede escoger cobertura bajo una compañia de seguros o puede asumir el riesgo completo usted mismo. *Para mas información, le recomendamos se ponga en comunicación con el Departamento de Carreteras y Automóviles de la Florida(Florida Department of Highway Safety and Motor Vehicles) y pregúnteles cuales son las reglas que tiene que cumplir si desea asegurarse usted sin el respaldo de una compañia de seguros. La dirección es: Florida Department of Highway Safety and Motor Vehicles, Division of Financial Responsibility, Neil Kirkman Building, 2900 Apalachee Parkway, Tallahassee, FL, 32399-0585 ó llame al 850-922-9000.*

Requerimientos locales y del condado

Aunque es muy posible que las leyes de compensación laboral sean los únicos que le hagan ciertos requerimientos, existen las posibilidades de que la ciudad y el condado donde esta su negocio tenga sus propios requerimientos. Llame a las oficinas de licencia ocupacional para averiguar si existen otros requerimientos de cobertura de seguros para su negocio.

Bancos e instituciones de préstamo

Aunque no es requerido por ley, existen las posibilidades de que su banco o institución de préstamo le exija que mantenga un seguro para proteger la mercancía, equipo o cualquier otra clase de propiedad ya que ellos han hecho el préstamo basado en todo lo que constituye su negocio.

Esto protege el interés del prestamista y le permite hacer reparos, reemplazos o pagar por completo artículos dañados o destruidos. Equipos o propiedades alquiladas pueden ser sujetas a una compra de un seguro también. Revise el contrato de arrendamiento para más detalles.

Cobertura opcional

Aún si la ley no le requiere que su negocio mantenga un seguro, usted tal vez quiera comprar otras clases de cobertura para su propia protección, como también para la protección de su propiedad y de sus bienes. La cobertura se vende como una póliza empaquetada que incluye varios tipos de seguro. Por ejemplo, seguros para la propiedad, riesgo y automóvil puedan constituir una porción de una póliza empaquetada.

Aquí damos algunas descripciones cortas de las diferente clases de seguros disponibles a los dueños de negocios. Diferentes clases de negocios tienen distintos tipos de necesidades por el seguro. Hable con su agente de seguro para obtener ayuda cuando vaya a escoger la clase de cobertura que necesita.

Los bonos garantizan que usted va a efectuar una acción específica o proveer trabajo de una calidad cierta. Por ejemplo, si un constructor con bono no cumple con el acuerdo, el cliente puede recuperar algún dinero a través de un convenio.

El seguro para calderas y maquinaria paga por pérdida o daño a su propiedad que resulte de una avería repentina y accidental del equipo.

El seguro de ingresos o interrupción del negocio paga los ingresos perdidos si tiene que suspender las operaciones de su negocio a causa de una pérdida a la propiedad asegurada.

Cobertura para gastos adicionales reembolsa a su negocio por algunos gastos adicionales incurridos durante el período de la restauración que sigue el daño al negocio y sus operaciones como resultado de una pérdida asegurada.

El seguro para carga y transportación cubre las mercancías y productos de su compañía mientras están en tránsito.

El seguro para errores y omisiones protege a los profesionales de las pérdidas causadas por sus errores o descuidos.

El seguro para fidelidad cubre clientes o dueños comerciales contra pérdidas debidas a acciones de dueños o empleados.

El seguro para las inundaciones cubre pérdidas a su(s) edificio(s) y su contenido debido a las inundaciones.

El seguro para riesgos protege su negocio de una pérdida económica como resultado de heridos, fallecimientos o daño a propiedad causado por sus productos, operaciones comerciales, o empleados. Hay dos tipos:

> *Establecimientos-y-operaciones* provee cobertura para accidentes, como incidentes de "resbalar y caer", en su propiedad.
>
> *Productos-y-operaciones-completas* ayuda pagar por pérdidas económicas que resulten en heridas o daños causados por un producto o trabajo terminado.

El seguro para los riesgos profesionales paga por reclamos de riesgos que se presentan debido a negligencia profesional por los médicos, abogados u otros profesionales.

El seuro para propiedad protege la propiedad y bienes físicos de su negocio. Hay tres clases, como:

Cobertura para los riesgos-nombrados especifica los riesgos o eventos que la póliza va a pagar. Por ejemplo, usted pueda comprar una póliza para los riesgos-nombrados como protección de pérdidas causadas por fuego, explosión o humo.

Cobertura comprensiva provee cobertura más extensa para todos los riesgos, salvo esos específicamente excluidos en la póliza.

El seguro para vendavales paga por pérdidas a edificios y sus contenidos causadas por vendavales (como huracanes y tornados) o granizo.

SEGUROS PARA LA PROPIEDAD: Costo de sustitución vs. valor actual en efectivo

En los seguros para la propiedad tiene la opción para comprar cobertura que cubra el costo de sustitución o cobertura que cubra el valor actual en efectivo.

Valor actual en efectivo (ACV) paga el costo de la propiedad y bienes que fueron dañados después de deducir su depreciación. Por ejemplo, si usted compro una computadora hace cinco años y pago $2,000, el ACV sólo paga el costo actual del valor, digamos $500.

Costo de sustitución es más costoso. Paga por el costo del reemplazo de la propiedad o bienes dañados después de deducir su depreciación.

Usted debe de comparar las primas entre la cobertura por el reemplazo de artículos dañados vs. el pago actual en efectivo de los valores dañados cuando renueve su póliza o cuando compre una cobertura nueva.

Seguros para los Gastos Legales

Los seguros para los gastos legales están a su alcance para ofrecerle servicios legales a un modesto precio. También, lo estimula a ponerse en contacto con un abogado si los problemas legales son más serios.

El Departamento de Servicios Financieros emite licencias a las compañías y agentes que venden esta clase de cobertura. Estas compañías ofrecen una variedad de coberturas que se extienden desde consultaciones básicas a servicios legales que son mas complicados. *Usted puede llamar a las oficinas de Aseguradores Especializados, (Specialty Products Administration) bajo el Departamento de Servicios Financieros al 850-413-3144 para solicitar una lista de las compañías autorizadas en la Florida para vender esta cobertura. También puede obtener una lista y mas información sobre estos planes de seguros visitando la página del Red de la Asociación de Abogados de la Florida, (Florida Bar Association) www.flabar.org, seleccione "Consumer Services," y allí encontrará una conexión con "Servicios Legales de Grupo/y pagados."*

OPCIONES DE COMPRA

En la Florida, usted tiene opciones para comprar su seguro a través de diferentes organizaciones. Su opción depende si el negocio es grande como también que clase de negocio es.

Muchas son las compañías de seguros que ofrecen cobertura comercial para los dueños de negocios en la Florida. Además, las compañías de superávit (surplus lines) ofrecen cobertura a los negocios con situaciones de alto riesgo.

Siempre debemos tomar en consideración que hay muchos riesgos y limitaciones asociadas con cada proveedor de seguros. A continuación damos explicación sobre estas organizaciones y explicamos como el Departamento de Servicios Financieros otorga licencias y como las regula.

Aseguradores autorizados

Un **asegurador autorizado** es una compañía autorizada por el Departamento de Servicios Financieros para vender los seguros. La mayor parte de los dueños de negocios buscan cobertura por los aseguradores autorizados y por los agentes autorizados que los representan.

El departamento regula aseguradores autorizados para requerir que se revisen las tasas, posición financiera, primas, reclamos y formularios con regularidad. Estas medidas aseguran que usted sea tratado justamente y que la compañía de seguros tiene suficiente dinero en efectivo en reserva para saldar los reclamos.

Los aseguradores autorizados también tienen que contribuir a la Asociación de la Garantía de Seguros en la Florida (FIGA)(Florida Insurance Guaranty Association), la que paga la mayoría de sus reclamos para los titulares de las pólizas si un asegurador sea insolvente y no pueda pagar los reclamos.

Aunque muchos dueños de negocios eligen emplear a aseguradores autorizados, otras opciones están a su disposición.

Alternativas a los aseguradores autorizados

Fondos comerciales de autoaseguramiento

En esta clase de plan, un grupo de dueños de negocios juntan sus riesgos y dinero para proveer su propio seguro a través de un fondo compartido. El fondo debe de tener suficientes recursos para garantizar el pago de reclamos, y todas las tasas deben de ser presentadas al departamento. Un fondo comercial de autoaseguramiento pueda proveer seguros de responsabilidad comercial, de propiedad y de compensación de trabajadores.

Fondos comerciales de autoaseguramiento tienen que repartir pólizas **tasables**. Esto significa que si un negocio no tiene suficiente dinero para pagar los reclamos, entonces los otros negocios que participan son tasados, o cobrados, para compensar por el déficit. Fondos comerciales de autoaseguramiento no pueden escribir el seguro afuera de la Florida, y el departamento tiene que aprobar todos los formularios que sean empleados por los administradores del fondo. Sin embargo, FIGA no paga los reclamos de los fondos comerciales de autoaseguramiento que se van a quiebra o están insolventes.

Asociación Conjunta de Aseguradores (JUA)

La JUA es una organización de compañías autorizadas de seguros que proveen cobertura a consumidores que no pueden obtener cobertura en el mercado tradicional. Se puede comprar el seguro a través de varios tipos de JUA. Se comprenden la Asociación Conjunta de Aseguradores para la Compensación de Trabajadores,(Workers' Compensation Joint Underwriting Association) la Asociación Conjunta de Aseguradores de la Florida para los Riesgos de los Automóviles Comerciales,(Florida Joint Underwriting Association for Commercial Auto Risks) y la Corporación Citizens de Seguros para Propiedad de la Florida.

Los daños causados por los recientes huracanes han causado mucha dificultad para que un dueño pueda obtener seguro comercial para su negocio. Es por esto que el JUA para propiedades fue iniciado con el fin de dar ayuda a los negociantes que no pueden encontrar cobertura en el mercado comun. *Para información adicional llame a la línea gratis del PCJUA 866-416-4728 o visite la página del web http://www.floir.com/PCJUA/Index.htm.*

Grupos para la retención de riesgos

Un grupo para la retención de riesgos provee seguro de responsabilidad comercial a sus miembros. Generalmente, los miembros son profesionales con negocios parecidos, o toman parte en las mismas actividades comerciales y tienen similares responsabilidades.

Los grupos para la retención de riesgos tienen que solicitar permiso para organizarse en un solo estado (llamado el estado certificando). Después que el grupo para la retención de riesgos haya sido certificado en un estado, se registra como una compañía de seguros contra la responsabilidad en los otros estados en que se quiere negociar. El departamento no puede regular los formularios ni las primas de un grupo para la retención de riesgos que no está certificado en la Florida, y FIGA no cubre las pérdidas si el grupo se considera insolvente o se va a la bancarrota.

Aseguradores de líneas superávit

Frecuentemente las compañías estándares de seguros rechazan a los solicitantes de alto riesgo que no satisfacen los criterios de suscripción de la compañia, tales como responsabilidad de negocios de cuidado de niños o cobertura de propiedad por equipo comercial que es muy caro. Los aseguradores de líneas superávit sirven esa necesidad. No obstante, antes de dirigirse a un asegurador de líneas superávit, su agente debe de solicitar y recibir rechazos de al menos tres aseguradores estándares.

Libertad de cualquiera regulación permite a los aseguradores de líneas superávit responder a las necesidades que no pueden ser satisfechas por los consumidores de seguros. El departamento no provee autorizaciones a los aseguradores de líneas superávit para ofrecer seguros en la Florida. Por eso, ningún regulador en la Florida ha revisado sus contratos de seguros, y FIGA no provee ninguna cobertura para reclamos si una compañía de líneas superávit se va de bancarrota. Sin embargo, cuando aseguradores de líneas superávit proveen cierta información financiera, pueden recibir aprobación oficial del departamento.

El departamento no regula las primas que estas compañías cobran o los formularios que se emplean. Por eso, si usted obtiene una póliza de líneas superávit, es importante que revise todas las coberturas a fondo. Frecuentemente, estas pólizas tienen diferente coberturas y deducibles que no son encontradas en otras pólizas.

Grupos de compañías de adquisición (Purchasing Groups)

Los dueños de negocios o profesionales pueden formar un grupo de compañía adquirente para comprar cobertura comercial. Un grupo de compañía adquirente puede ahorrar dinero por negociar una tasa de grupo a través de una asociación comercial más que por comprar pólizas individuales.

Antes de comprar cobertura para un grupo de negocios, el grupo de compañía adquirente necesita obtener aprobación del Departamento de Servicios Financieros. Los grupos de compañía adquirente tienen que comprar cobertura de un asegurador autorizado, un grupo para la retención de riesgos o un asegurador elegible de líneas superávit. Cobertura a través de grupos de compañías adquirentes no están protegidas por FIGA.

Asegurando el negocio de una sola persona o uno ubicado en su hogar

Si usted maneja un negocio de una persona o el negocio esta en su hogar, la mayor parte de la información presentada en esta guía se aplica a usted también. No suponga que su seguro de propietario de una casa o de inquilino va a cubrirlo o va a cubrir el equipo profesional que esta en su hogar o sus necesidades de responsabilidad. La mayoría de pólizas para dueños de casas y para inquilinos específicamente excluyen cobertura para la propiedad que sea utilizada en un negocio.

Si el negocio con base en su hogar tiene que ver con productos, inventario o clientes que vienen al edificio, usted va a necesitar una póliza de seguro para negocios. Una póliza para negocios le asegurará separadamente con cobertura para propiedad y con cobertura para responsabilidad como si usted estuviera alquilando un espacio en un edificio para su negocio.

Muchas compañías de seguros han desarrollado pólizas particulares para negocios en el hogar. Con la ayuda de un buen agente, las necesidades de buena cobertura para su propiedad y para la protección de sus responsabilidades puedan ser fácilmente satisfechas.

Si usted quiere cobertura para cuidado de salud, es posible que sea necesario comparar precios entre una póliza de salud individual y un HMO hasta que usted pueda calificar para una póliza de grupos pequeños (vea la sección “Acto de Acceso a Cuidado de Salud para Empleadores Pequeños”)(Small Employers Health Care Access Act). Si su esposa trabaja para un empleador que ofrece un seguro de cobertura de salud, usted puede ser asegurable bajo el plan o bajo el plan de su empleador. Usted también puede aprovechar el seguro para grupos a través de su afiliación en asociaciones u organizaciones profesionales.

Cobertura de salud para sus empleados

Aunque la ley no lo requiere, a veces empleadores ofrecen beneficios, tales como cobertura de vida y salud para grupos, para atraer y mantener buenos empleados. Las próximas páginas tratan sobre las coberturas de los seguros de salud. *Si usted quiere aprender más sobre el seguro de vida, por favor pida una copia gratis de nuestra guía para consumidores Seguro de Vida y Seguro de Renta llamando a la línea gratis de ayuda para consumidores al 1-800-342-2762. También, usted puede hacer una copia de la guía visitando el web del departamento a www.fldfs.com.*

Tipos de coberturas para la salud

Tradicionales seguros para la salud, planes de asistencia administrada, y seguro dentales, de visión y para discapacidad son unas de las clases de cobertura de salud disponibles para los empleadores de negocios pequeños.

Seguro tradicional de salud

Con seguro tradicional de salud, empleadores usualmente ofrecen beneficios de salud a sus empleados por comprar cobertura a través de una compañía de seguros a las tasas para grupos.

Asistencia administrada

Asistencia administrada de salud es el sistema que combina la entrega y la financiación de servicios para el cuidado de la salud. La clase más popular de asistencia administrada es la organización para el mantenimiento de la salud (HMO). Sus empleados eligen médicos y proveedores de servicios médicos de una lista de proveedores que han sido contratados (hospitales, médicos, especialistas, servicios médicos, etc.).

El Departamento de Regulaciones de Seguros (Office of Insurance Regulation) solamente examina y aprueba los contratos y métodos de calificación de los HMO, y observan a los HMO para estar seguros de su solvencia económica. La Agencia para la Administración del Cuidado de Salud (Florida Agency for Health Care Administration) regula la calidad del cuidado que los HMO ofrecen. *Si usted tiene preguntas o quejas respecto a las cuestiones sobre la calidad de cuidado, póngase en contacto gratis con la línea para consumidores de la Administración del Cuidado de Salud al 1-888-419-3456.*

La ventaja de un HMO es que, en cambio de la elección limitada de doctores y hospitales, los miembros del HMO usualmente pagan menos de sus propios bolsillos de lo que pagan las personas que tienen un seguro tradicional. También hay poco o no papeleo para llenar por los miembros de un HMO cuando reciben cuidado médico.

La desventaja principal de un HMO es que los empleados no pueden siempre visitar el médico o facilidad médica que ellos eligen. Tienen que escoger entre un grupo de médicos que contratan con el HMO, salvo en una situación de emergencia. *Para más información sobre las HMO, o*

preocupaciones sobre el seguro de salud u otra cobertura de salud, por favor pida una copia gratis de nuestras guías para consumidores Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud o Seguro de Salud llamando a la línea gratis de ayuda para consumidores al 1-800-342-2762. Usted también visitarnos en nuestra página del web www.fldfs.com.

Cobertura basada en una asociación

Una compañía de seguros que ofrece un certificado basados en una asociación a un residente de la Florida tiene que obtener una licencia del Departamento de Servicios Financieros. No obstante, el asegurador pueda mantener la póliza maestra en el nombre de una asociación o tener su apruebo fuera de la Florida. Además, el asegurador pueda presentar los formularios y tasas para aprobación en el estado de domicilio de la asociación.

Por favor, sea conciente de que esto significa que algunas de las leyes más importante de la Florida sobre los beneficios y los aumentos de tasas pueden corresponder a cobertura basada afuera del estado o basada en una asociación, incluso si el seguro es vendido a los residentes de la Florida. En particular, tal vez el gobierno del estado del domicilio de la póliza (el estado donde fue emitido la póliza) no revise con atención o no aprueba las primas en cuestión. *Para más información sobre cobertura basada en una asociación, pueda pedir gratis una copia de Seguro de Salud: Una Guía para Consumidores llamando a la línea de ayuda para consumidores al 1-800-342-2762, o pueda visitar el web del departamento a www.fldfs.com.*

Acto para el Acceso al Cuidado de Salud para Empleadores Pequeños

El Acto para el Acceso al Cuidado de Salud para Empleadores Pequeños hace disponibles planes de seguro de salud a los empleadores de negocios pequeños a pesar de la experiencia con reclamos de salud de un grupo de empleados o el estado de salud de cualquier empleado individuo en ese grupo. Los beneficios ofrecidos por esta ley son:

Emisión garantizada

Los aseguradores tienen que ofrecer todos los planes de beneficios de salud a los empleadores de negocios pequeños si tienen al menos 50 empleados sobre la base de emisión garantizada. No obstante, si usted es un dueño de un negocio individual o el único oficial de su corporación que busca cobertura, se está considerado un "grupo de una-vida". Grupos de una-vida tienen que solicitar cobertura durante un período de inscripción que dura todo el mes de agosto. A pesar de cuando usted solicite durante el mes de agosto, su cobertura no va a comenzar hasta el primer día de octubre.

Emisión garantizada significa que se tiene que emitir la póliza a pesar de los antecedentes de reclamos por parte del empleador o del individuo, afecciones preexistentes o estado de salud. Los aseguradores y las HMO puedan preguntarle sobre cuestiones médicas y de salud, pero las respuestas no pueden ser utilizadas para negar inscripción. Aunque no se puede negar la la cobertura, una persona asegurada pueda ser sujeta a un período de espera antes de que los reclamos médicos sean pagados por ciertas afecciones preexistentes.

Para un empleador con **menos de dos** empleados, una afección preexistente es una enfermedad que es diagnosticada o tratada, o una condición para que una persona normal y prudente vaya a pedir tratamiento, 24 meses antes de la compra de una póliza de seguro para salud, si el empleado no ha tenido cobertura previa. El período de afecciones

preexistentes dura solamente 12 meses para aquellos que han tenidos cobertura previa bajo otro plan. Por supuesto, ese período de 12 meses va a ser reducido por la duración de tiempo bajo de que usted ha satisfecho una cláusula de afecciones preexistentes con su cobertura previa (vea "Cualidad portátil" en la sección siguiente).

Para un empleador con **dos o más** empleados, la definición de afección preexistente es "una condición física o mental, a pesar de la causa, para la que consejos médicos, diagnosis, cuidado o tratamiento era recomendado o recibido dentro de seis meses de la fecha u hora de inscripción de la solicitud." Para estos empleados, el período máximo de esperar es 12 meses, menos cualquier tiempo satisfecho bajo de una cláusula de afección preexistente en un plan de salud previo (vea "Cualidad portátil" en la sección siguiente).

Para empleadores con dos a 50 empleados, un asegurador que ofrece cobertura de seguro de salud para grupos no puede imponer cualquiera exclusión de afección preexistente por embarazo.

Es importante recordar que las compañías de seguros pueden rechazar a renovar cobertura por fraude o por falsa información dada en la aplicación por el empleador del asegurado. Por eso, es importante que los empleados provean "verídica y precisa" información médica y de salud a los aseguradores y a las HMO.

Transportabilidad

La cualidad portátil permite a la persona cubierta o su dependiente satisfacer el período de espera para afecciones preexistentes sólo una vez, incluso si el individuo cambia su empleador o asegurador. Para calificar, usted debe de tener cobertura continua con una interrupción de no más de 63 días (el número máximo de días que pueda seguir sin cobertura antes de que sus derechos de cobertura terminen).

Algunos empleadores requieren que los empleados sean empleados por un período de tiempo antes de que ellos puedan unirse con el plan de salud de la compañía. Mientras este requisito de empleo frecuentemente dura entre tres y seis meses, este retraso no va a penalizarlo con el requisito de 63 días para juntarse con otro plan de salud para calificar para utilizar sus derechos de cualidad portátil.

Planes de salud estándares y básicos

Los planes de salud estándares y básicos permiten que los empleadores y los empleados comparen precios y servicios entre compañías de cobertura para salud (aseguradores y HMO). La cobertura de estos planes es idéntica para cada compañía, pero son diferentes en precio, servicio y gastos de su propio bolsillo.

- El plan **estándar**, con unas limitaciones, incluye cobertura para:
- Ingresar en un hospital,
- Servicios para pacientes externos,
- Niños recién nacidos,
- Supervisión de cuidado infantil,
- Niños adoptivos y de acogida después de colocación en una residencia,
- Mamogramas,
- Niños minusválidos,
- Cuidado urgente afuera del área de servicio, y
- Prescripciones.

El plan estándar tiene primas y beneficios por el curso de la vida más alto, pero los gastos de su propio bolsillo son más bajos.

Con el plan **básico**, las primas mensuales son más bajas, pero los gastos de su propio bolsillo son más altos. Para más información, vea la tabla posterior en esta guía.

Recuerde que usted debe considerar sus requisitos y los de sus empleados antes de elegir cualquier plan de salud. Pida a su agente explicaciones completas de todas sus opciones. No prescinda de sus derechos con estos planes sin revisarlos primero.

Planes de salud de altos deducibles (HDHP)

Además de los ofrecimientos estándares y básicos, desde el 1ro de septiembre de 2004, proveedores de cobertura en grupos para empleadores pequeños estarán requeridos ofrecer al menos un HDHP que satisface los requisitos federales de una cuenta de ahorro para salud (HSA) o acuerdo de reembolso para salud (HRA – vea la sección próxima). Estas cuentas con ventajas de impuestos van a ser empleadas para pagar por gastos médicos calificados como definidos por el IRS.

El Departamento de Servicios Financieros no tiene autoridad sobre la HSA o el HRA. No obstante, la Oficina de la Regulación de Seguros sí tiene la autoridad a revisar y aprobar el contracto de seguro HDHP.

Una lista de proveedores de grupos para los empleadores pequeños que ofrecen HDHP aprobados está disponible en el sitio de la División de Servicios para Consumidores al http://servicepoint.fldfs.com.

¿Qué son las HSA y los HRA, y quién puede tenerlos?

¿Qué es un HRA?

Un HRA (acuerdo de reembolso para salud) es una cuenta pagada por el empleador que reembolsa empleados por los gastos calificados del cuidado médico, típicamente combinados con un plan de alto deducible.

¿Qué es una HSA?

Una HSA (cuenta del ahorro para salud) es un fideicomiso o cuenta tutelar exenta de impuestos establecida para pagar calificados gastos médicos del beneficiario de la cuenta que, para los meses por los cuales contribuciones son pagadas a una HSA, esta cubierto bajo un plan de salud de alto deducible.

¿Quién está elegible a establecer una HSA?

Un "individuo elegible" significa, en cuanto a cualquier mes, cualquier individuo que:

1. Esta cubierto bajo un HDHP en el primer día de tal mes;
2. No esta cubierto por otro plan de seguro que no es un HDHP (con ciertas excepciones para planes que provean ciertos tipos limitados de cobertura);
3. No tiene derecho a beneficios bajo Medicare (generalmente, todavía no ha cumplido 65 años); y
4. No puede ser reclamado como dependiente en la declaración de la renta de otra persona.

¿Qué es un plan de alto deducible (HDHP)?

El HDHP es una póliza de seguros que ayuda a satisfacer ciertos deducibles impuestos por el gobierno federal como también para los gastos de su propio bolsillo.

Cobertura para si-mismo:

- Deducible anual de por lo menos $1,000
- Desembolsos anuales que no sobre pasan $5,000

Cobertura familiar:

- Deducible anual de por lo menos $2,000
- Desembolsos anuales que no sobre pasan $10,000.

Atributos adicionales del HDHP incluyen:

- En el caso de cobertura familiar, sólo existe un deducible. No importa quien es el miembro de la familia que tiene que incurrir el deducible.
- Las cantidades se indician a la inflación.
- Un plan no fracasa a calificar para el HDHP sólo por no tener un deducible(o el deducible es muy pequeño) para cuidado de prevención (i.e. exámenes anuales médicos; programas para adelgazar; servicios de chequeos como los mamogramas; programas para el paro de fumar; vacunas para los niños y los adultos; exámenes de rutina prenatal y para el cuidado del niño).

Por favor anote: Los copagos por servicios fuera de la red de doctores no califícá para los máximos gastos de reembolso propio.

¿Qué otra clase de seguro de salud puede mantener una persona sin perder sus beneficios bajo un HSA?

No hay razón por la cual un individuo puede perder sus beneficios bajo el programa de HDHP si participa en un programa de seguros que ofrece beneficios permitidos.

Teniendo una póliza de seguro como:

- accidente
- discapacidad
- Enfermedades y heridas especificadas (como una póliza de beneficios para el cáncer)
- cuidado dental
- cuidado para la vista
- cuidado de largo tiempo

no tiene efecto negativo en su participación de un programa de HSA.

TABLAS

A continuación tenemos diferente tablas que comparan los gastos de reembolso y diferente clases de cobertura contra los planes de cobertura básicas y estándar para individuos y para familias.

Los paréntesis alrededor de explicaciones en las Listas de Beneficios son para identificar las diferentes opciones que la compañía de seguro tiene cuando ofrecen sus coberturas. Cuando los paréntesis están alrededor de las cifras, como el máximo de reembolso, quiere decir que la compañía puede seleccionar su propia opción en su contrato. Cuando los paréntesis están cubriendo todo el informe, por ejemplo descripción f servicios requeridos antes de dar su aprobación, quiere decir que la compañía puede decir si quiere usar ese requerimiento en su contrato. Cuando decida que clase de plan de grupo pequeño va a seleccionar, revise bien que clase de opciones le esta ofreciendo la compañía.

Planes de seguros para negocios pequeños

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Primera Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
I. Reparto de costos				
Deducible - individual	Ningún	$1,000	$1,000	$1,000
Deducible - familiar	Ningún	3x	3x	3x
Porcentaje de coaseguro	No aplicable	20%	20%	20%/40% (in/ex)
Copagos	Como especificados	Como especificados	Como especificados	Como especificados
Máximo de su bolsillo - individual*	$3,000	$3,000	$3,000	$3,000
Máximo de su bolsillo - familiar*	2x	2x	2x	2x
Máximo beneficio por el curso de la vida	$5M	$5M	$5M	$5M
II. Servicios del hospital para ingresados	$300 copago/día por los primeros cinco(5) días	Coaseguro o $300 copago/ día por los primeros cinco(5) días	Coaseguro	Coaseguro o $300 copago/ día por los primeros cinco(5) días
III. Servicios de cuidado en casos de emergencia				
Sala de emergencias	$150 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Ambulancia	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado urgente	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
IV. Servicios para pacientes externos				
Cuidado quirúrgico en el departamento del hospital para pacientes externos	$200 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado quirúrgico en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Visita a la oficina del médico principal	$25 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $25 copago dentro de la red
Visita a la oficina del especialista	$50 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $50 copago dentro de la red
Tratamiento no-quirúrgico para trastornos de la espalda y la columna vertebral	$25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita Máximo 10 visitas/AC)***
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (habla, TP, TO)	$25 copago (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro**(Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago dentro de la red (Máximo 20 visitas/AC)***

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Primera Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
V. Recetas (genérica preferida / marca preferida / no-preferida)	$10/$30/$50	$10/$30/$50	$10/$30/$50	$10/$30/$50
VI. Cuidado de salud en el hogar	$25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***
VII. Servicios para la salud mental				
Salud mental - pacientes externos	$25 copago/visita (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 20 visitas/AC)***
Salud mental - pacientes ingresados	$100 copago/day (Máximo 20 visitas/ AC)***	Coaseguro** (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***
Alcohol - abuso de sustancias	Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida	Coaseguro** (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)
VIII. Instalaciones de enfermería especializada	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida
IX. Residencia para enermos desahuciados	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital
X. Enfermería de guardia privada	No cubierta	No cubierta	No cubierta	No cubierta
XI. Equipo médico duradero, ortopédico y prótesis	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura
XII. Radiografía, servicios diagnósticos en el laboratorio				
Trámites diagnósticos incluyendo ECG, pruebas en el laboratorio, exámenes tradicionales de radiografía	Cubiertos	[Coaseguro]	[Coaseguro]	[Coaseguro]
Servicios de imágenes incluyendo escáners MRI, PET y CT	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Primera Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
XIII. Servicios preventivos Examen físico reproductor anual Supervisión de la salud de los niños Atención prenatal y postnatal Exámenes para exploración y para evaluación de la salud Exámenes de los ojos y de los oidós (adultos y niños)	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Segunda Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
I. Reparto de costos				
Deducible - individual	Ningún	$1,000	$1,000	$1,000
Deducible - familiar	Ningún	3x	3x	3x
Porcentaje de coaseguro	No aplicable	20%	20%	20%/40% (in/ex)
Copagos	Como especificados	Como especificados	Como especificados	Como especificados
Máximo de su bolsillo - individual*	$5,000	$5,000	$5,000	$5,000
Máximo de su bolsillo - familiar*	2x	2x	2x	2x
Máximo beneficio por el curso de la vida	$5M	$5M	$5M	$5M
II. Servicios del hospital para ingresados	$300 copago/día por los primeros cinco(5) días	Coaseguro o $300 copago/día por los primeros cinco(5) días	Coaseguro	Coaseguro o $300 copago/día por los primeros cinco(5) días
III. Servicios de cuidado en casos de emergencia				
Sala de emergencias	$150 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Ambulancia	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado urgente	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
IV. Servicios para pacientes externos				
Cuidado quirúrgico en el departamento del hospital para pacientes externos	$200 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado quirúrgico en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Visita a la oficina del médico principal	$25 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro o $25 copago dentro de la red
Visita a la oficina del especialista	$50 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $50 copago dentro de la red
Tratamiento no-quirúrgico para trastornos de la espalda y de la columna vertebral	$25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (habla, TP, TO)	$25 copago (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro o $25 copago dentro de la red (Máximo 20 visitas/AC)***

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Segunda Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
V.Recetas (genérica preferida/ marca preferida/no-preferida)	$10/$30/$50	$10/$30/$50	$10/$30/$50	$10/$30/$50
VI. Cuidado de salud en el hogar	$25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***
VII. Servicios para la salud mental				
Salud mental - pacientes externos	$25 copago/visita (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 20 visitas/AC)***
Salud mental - pacientes ingresados	$100 copago/day (Máximo 10 days/CY)***	Coaseguro** (Máximo 20 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 days/CY)***	Coaseguro (Máximo 10 days/CY)***
Alcohol - abuso de sustancias	Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida	Coaseguro** (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)
VIII. Instalaciones de enfermería especializada	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida
IX. Hospedería	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital
X. Enfermería de guardia privada	No cubierta	No cubierta	No cubierta	No cubierta
XI. Equipo médico duradero,ortopédico y prótesis	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura
XII. Radiografía, servicios diagnósticos en el laboratorio				
Trámites diagnósticos incluyendo ECG, pruebas en el laboratorio, exámenes tradicionales de radiografía	Cubiertos	[Coaseguro]	[Coaseguro]	[Coaseguro]
Servicios de imágenes incluyendo escáneres MRI, PET y CT	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS ESTÁNDAR: Segunda Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
XIII. Servicios preventivos	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal
Examen físico reproductor anual				
Supervisión de la salud de los niños				
Atención prenatal y postnatal				
Exámenes para exploración y para evaluación de la salud				
Exámenes de los ojos y de los oidos (adultos y niños)				

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda emplear la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Primera Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
I. Reparto de costos				
Deducible - individual	Ningún	$2,500	$2,500	$2,500
Deducible - familiar	Ningún	3x	3x	3x
Porcentaje de coaseguro	No aplicable	40%	40%	40%/60% (in/ex)
Copagos	Como especificados	Como especificados	Como especificados	Como especificados
Máximo de su bolsillo - individual*	$7,500	$7,500	$7,500	$7,500
Máximo de su bolsillo - familiar*	2x	2x	2x	2x
Máximo beneficio por el curso de la vida	$2M	$2M	$2M	$2M
II. Servicios del hospital para ingresados	$750 copago/day	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
III. Servicios de cuidado en casos de emergencia				
Sala de emergencias	$250 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Ambulancia	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado urgente	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
IV. Servicios para pacientes externos				
Cuidado quirúrgico en el departamento del hospital para pacientes externos	$500 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado quirúrgico en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	$250 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Visita a la oficina del médico principal	$25 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $25 copago dentro de la red
Visita a la oficina del especialista	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $75 copago dentro de la red
Cuidado quirúrgico en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro or $75 copago dentro de la red
Tratamiento no-quirúrgico para trastornos de la espalda y de la columna vertebral	$25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***

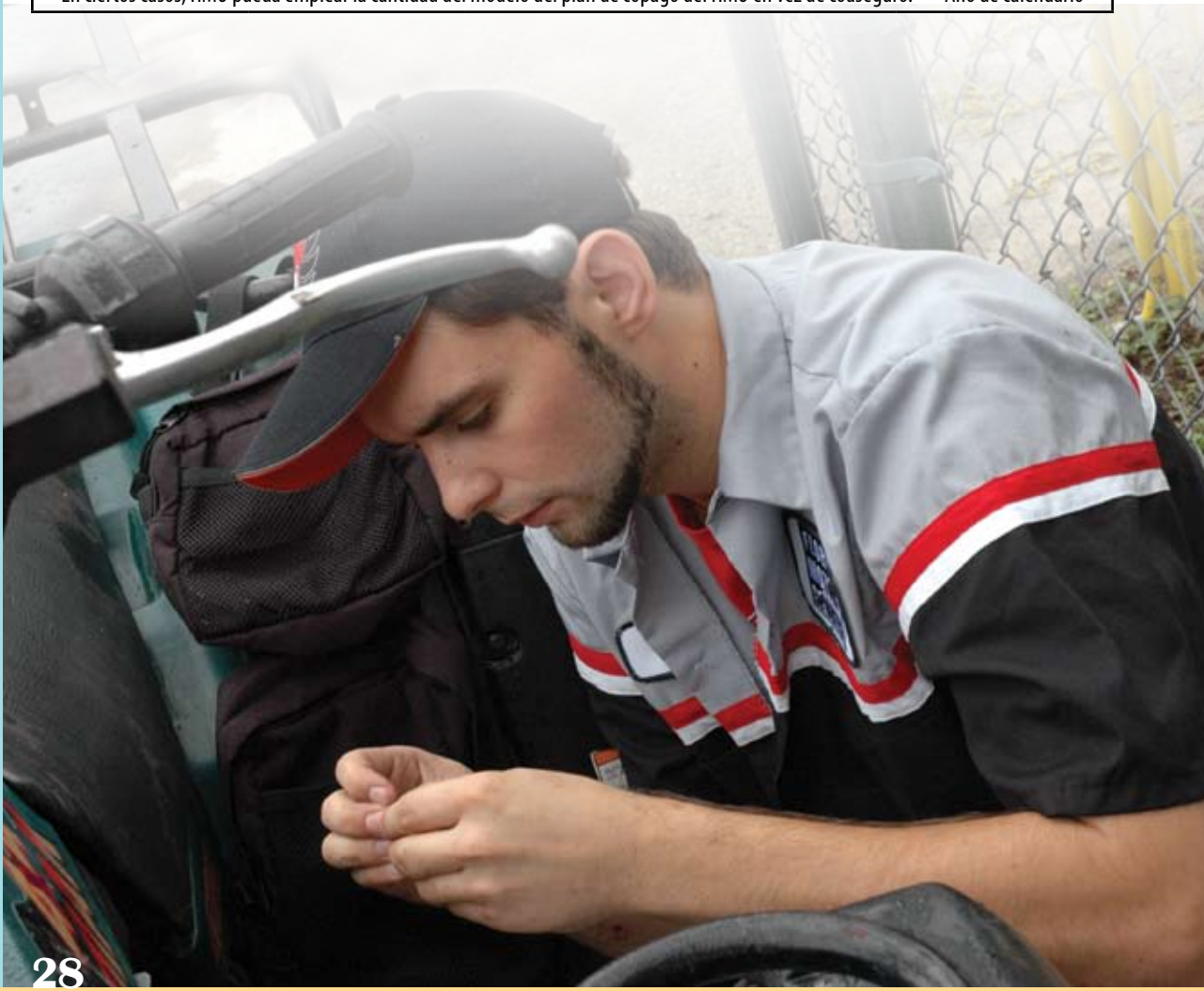
*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Primera Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (habla, TP, TO)	$25 copago (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro o $25 copago dentro de la red (Máximo 10 visitas/AC)***
V.Recetas (genérica preferida / marca preferida / no-preferida)	$10/$50/$100	$10/$50/$100	$10/$50/$100	$10/$50/$100
VI. Cuidado de salud en el hogar	$25 copago/visita (Máximo 60 visitas/ AC)***	Coaseguro** (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***
VII. Servicios para la salud mental				
Salud mental - pacientes externos	$25 copago/session (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***
Salud mental - pacientes ingresados	$750 copago/día (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 5 visitas/AC)***
Alcohol - abuso de sustancias	Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida	Coaseguro** (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)
VIII. Instalaciones de enfermería especializada	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida
IX. Hospedería	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital
X. Enfermería de guardia privada	No cubierta	No cubierta	No cubierta	No cubierta
XI. Equipo médico duradero, ttt y prótesis	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura
XII. Radiografía, servicios diagnósticos en el laboratorio				
Trámites diagnósticos incluyendo ECG, pruebas en el laboratorio, exámenes tradicionales de radiografía	Cubiertos	[Coaseguro]	[Coaseguro]	[Coaseguro]
Servicios de imágenes incluyendo escáneres MRI, PET y CT	$200 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Primera Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
XIII. Servicios preventivos Examen físico reproductora anual Supervisión de la salud de los niños Atención prenatal y postnatal Exámenes para exploración y para evaluación de la salud Exámenes de los ojos y de las orejas (adultos y niños)	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda emplear la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario



PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Segunda Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
I. Reparto de costos				
Deducible - individual	Ningún	[$500] [$750] [$1,000] [$1,500] [$2,500]	[$500] [$750] [$1,000] [$1,500] [$2,500]	[$500] [$750] [$1,000] [$1,500] [$2,500]
Deducible - familiar	Ningún	3x	3x	3x
Porcentaje de coaseguro	No aplicable	20%	20%	[30% / 50% (in/ex)] [40% / 60% (in/ex)]
Copagos	Como especificados	Como especificados	Como especificados	Como especificados
Máximo de su bolsillo - individual*	$5,000	[$5,000] [$7,500]	[$5,000] [$7,500]	[$5,000] [$7,500]
Máximo de su bolsillo - familiar	2x	2x	2x	2x
Máximo beneficio por el curso de la vida	$2M	$2M	$2M	$2M
II. Servicios del hospital para ingresados	$750 copago/day	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
III. Servicios de cuidado en casos de emergencia				
Sala de emergencias	$250 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Ambulancia	$100 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado urgente	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
IV. Servicios para pacientes externos				
Cuidado quirúrgico en el departamento del hospital para pacientes externos	$500 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Cuidado quirúrgico en el centro quirúrgico para pacientes ambulatorios	$250 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro
Visita a la oficina del médico principal	$25 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro o $25 copago dentro de la red
Visita a la oficina del especialista	$75 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro o $75 copago dentro de la red
Tratamiento no-quirúrgico para trastornos de la espalda y de la columna vertebral	$25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago/visita (Máximo 10 visitas/AC)***
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (habla, TP, TO)	$25 copago (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago dentro de la red (Máximo 10 visitas/AC)***

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Segunda Opción Mandada				
	HMO COPAGO	**HMO COASEGURO**	**INDEMNIDAD**	**OPP**
V.Recetas (genérica preferida/marca preferida/no-preferida)	$10/$50/$100	$10/$50/$100	$10/$50 /$100	$10/$50/$100
VI. Cuidado de salud en el hogar	$25 copago/visita (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 60 visitas/AC)***	Coaseguro or $25 copago / visita (Máximo 60 visitas/AC)***
VII. Servicios para la salud mental				
Salud mental - pacientes externos	$25 copago/ session (Máximo 10 visitas/ AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 10 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 10 visitas/AC)***
Salud mental - pacientes ingresados	$750 copago/día (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro** (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 5 visitas/AC)***	Coaseguro (Máximo 5 visitas/AC)***
Alcohol - abuso de sustancias	Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida	Coaseguro** (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)	Coaseguro (Beneficio máximo de $2,000 en el curso de la vida)
VIII. Instalaciones de enfermería especializada	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida	Máximo de 100 días en el curso de la vida
IX. Hospedería	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital	Cubierta en vez de ingresar en un hospital
X. Enfermería de guardia privada	No cubierta	No cubierta	No cubierta	No cubierta
XI. Equipo médico duradero, ortopédico y prótesis	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura	Cubiertos como descrito en suministro de cobertura
XII. Radiografía, servicios diagnósticos en el laboratorio				
Trámites diagnósticos incluyendo ECG, pruebas en el laboratorio, exámenes tradicionales de radiografía	Cubiertos	[Coaseguro]	[Coaseguro]	[Coaseguro]
Servicios de imágenes incluyendo escáneres MRI, PET y CT	$200 copago	Coaseguro**	Coaseguro	Coaseguro

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

PLAN DE BENEFICIOS BASÍCO: Segunda Opción Mandada

	HMO COPAGO	HMO COASEGURO	INDEMNIDAD	OPP
XIII. Servicios preventivos Examen físico reproductora anual Supervisión de la salud de los niños Atención prenatal y postnatal Exámenes para exploración y para evaluación de la salud Exámenes de los ojos y de los oidos (adultos y niños)	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal	1. Atención preventiva y reproductiva está sujeta al beneficio máximo de $250/AC 2. El portador pueda prescindir del compartimiento de costos para estos servicios o emplear alternativo mecanismo del compartimiento de costos que no excede el nivel de la visita del médico principal

*Gastos máximos de su bolsillo son definidos a excluir deducibles y copagos para prescripciones en todas las opciones del plan.
**En ciertos casos, HMO pueda usar la cantidad del modelo del plan de copago del HMO en vez de coaseguro. ***Año de calendario

Modificada valoración comunitaria

Todas las primas de los planes de salud para los grupos pequeños están determinadas a través de una modificada valoración comunitaria. La modificada valoración comunitaria permite que sean considerados cinco factores principales en la determinación de la tasa en el plan de salud para un individuo: área geográfica, género, edad, uso de tabaco y composición de la familia.

Para los dueños de negocios pequeños que buscan cobertura, la tasa puede ser aumentada si el empleador no tiene el seguro para la compensación del trabajador. Además, la tasa básica cobrada por las empresas de seguros puede ser aumentada o bajada basado en el estado de salud del empleado, en los reclamos que se han hecho o en el período que está asegurado. No obstante, las tasas básicas pueden ser aumentadas o bajadas debido a reclamos o estado de salud por no más de 15 por ciento en el primer año de cobertura y no más de 10 por ciento en cualquier año de renovación. Tasas básicas también pueden aumentar por razón de aumentos en el costo del cuidado de salud.

Generalmente, el número de personas en un grupo no va a afectar la tasa cobrada. Sin embargo, las tasas para los grupos de una-vida puedan ser hasta 50 por ciento más altas.

Los beneficios de COBRA

El Acto Federal para la Reconciliación del Consolidado Presupuesto Ómnibus (COBRA)(Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) requiere que las empresas de seguros que cubren grupos de empleados de 20 o más hagan una oferta de cobertura de salud a los empleados que pierden su elegibilidad para participar en el plan de salud de la empresa. Típicamente, los empleados pierdan su elegibilidad cuando se jubilan, renuncian su empleo, pierdan su trabajo o las horas de trabajo son reducidas mas del mínimo requerido para participar en el plan de salud de la empresa.

COBRA permite que los empleados que están matriculados en planes de grupos pequeños reciban cobertura para sí mismos y para los dependientes asegurados por 18 meses adicionales cuando la cobertura que normalmente tiene bajo el plan de salud se considera terminada. Un empleado o dependiente asegurado que sea minusválido al momento de la terminación del empleo puede recibir un total de 29 meses de cobertura continua. Dependientes que pierdan cobertura (esposo, esposa, o hijos dependientes) pueden recibir hasta 36

meses de cobertura bajo ciertas condiciones. Bajo la ley, el empleador o alguien designado (usualmente su compañía de seguro) tiene que informar a los empleados sobre los derechos que tienen bajo COBRA cuando termina su elegibilidad.

Mini-COBRA

La ley Mini-COBRA de la Florida provee la continuación de la protección de la cobertura similar a COBRA para los empleados que trabajan para empleadores con menos de 20 empleados.

Aviso: Bajo esta ley, el empleado tiene que notificar al asegurador, dentro de 63 días después de perder su elegibilidad de grupo,sobre sus derechos para continuar su cobertura. *Si usted tiene preguntas específicas, llame a la línea gratis de ayuda para los consumidores al 1-800-342-2762.*

Conversión

Después de dado por terminado la cobertura de COBRA, es posible que usted cualifique para un plan de conversión, (cuya expedición es garantizada), para una cobertura individual que debe ser ofrecida por el asegurador del plan del grupo. Usted debe recibir dos opciones de planes de conversión con niveles generales de gastos médicos mayores. No obstante, estos beneficios pueden ser diferentes a los beneficios que son ofrecidos bajo su plan anterior. *Si un plan de conversión no está disponible, llame gratis a la Línea de Ayuda para los Consumidores al 1-800-342-2762, ya que usted pueda tener otras opciones.*

Seguro de ingresos por discapacidad

Usted también puede ofrecerle sus empleados un seguro de ingresos por discapacidad para proveerles ingresos si no pueden trabajar debido a una enfermedad o herida.

El seguro de ingresos por discapacidad reemplaza una porción significativa de los ingresos de un individuo a través de pagos periódicos mientras que el individuo está minusválido debido a enfermedad o herida. Los beneficios de ingresos por discapacidad existen en forma de cobertura de largo y de corto plazo.

El seguro de ingresos por discapacidad a corto plazo generalmente se refiere a las pólizas con una cobertura máxima de dos años o menos, aunque algunas compañías pueden imponer esta designación a las pólizas con cobertura de beneficios de hasta cinco años.

El seguro de ingresos por invalidez a largo plazo incluye las pólizas con períodos máximos de beneficios de 10 años, hasta la edad de 65, o en algunos casos, por toda el curso de la vida del asegurado.

Por los primeros 12 meses de la incapacidad, este tipo de póliza de ingresos debe de proveer beneficios si el asegurado no puede efectuar las funciones materiales y sustanciales de su ocupación normal. Después de pasado los primeros 12 meses, la compañía puede demandar para la continuación de los beneficios, que la persona no tenga la habilidad de efectuar cualquier trabajo por el cual esta razonablemente entrenado.

Sus derechos y responsibilidades

USTED TIENE DERECHO a que su reclamo sea procesado dentro de 120 días.

USTED TIENE DERECHO a cambiar la compañía de seguros cada agosto si usted está en un grupo de una persona.

USTED TIENE DERECHO de recibir su póliza dentro de 60 días de la fecha en que la póliza sea efectiva.

USTED ES RESPONSABLE de evaluar sus requisitos y de asegurarse de que la empresa de seguros y la póliza o contrato que usted escoja sea adecuado.

USTED ES RESPONSABLE de investigar y de comparar los costos y servicios.

USTED ES RESPONSABLE de verificar el estatus de la licencia de un agente y de la compañía de seguros.

USTED ES RESPONSABLE de leer su póliza o contrato y de cerciorarse que comprende lo que la póliza cubre.

USTED ES RESPONSABLE de llenar su aplicación honestamente y de revelar toda la información que es pertinente.

Como seleccionar un agente de seguros

Es importante recordar que la mayoría de agentes son profesionales de buena reputación. Agentes de seguros tienen que tomar ciertas clases y pasar exámenes para obtener su licencia. Además de los exámenes obligatorios, algunos agentes eligen tomar cursos extras que son opcionales y que proveen al agente con entrenamiento adicional en varias áreas de los seguros. Estos cursos pueden llevar a designaciones profesionales en seguros, tales como:

- **CEBS** Certificado Especialista en los Beneficios de Empleados
- **CFP** Certificado Planificador Financiero
- **ChFC** Estatuido Asesor de Finanzas
- **CIC** Certificado Asesor de Seguros
- **CLU** Estatuido Asegurador de Vida
- **CPCU** Estatuido Asegurador de Propiedad y Casualidad
- **LUTCF** Socio del Consejo de Entrenamiento de los Aseguradores de Vida
- **RHU** Certificado Asegurador de Salud

Cuando usted selecciona a un agente, escoja a uno que este autorizado a vender seguros en la Florida. Además, escoja un agente con quien usted se siente cómodo y que esta disponible a contestar sus preguntas. Recuerde: un agente de seguros puede representar a más de una compañía. *Para asegurarse que el agente esta autorizado, llame a la línea gratis de ayuda para consumidores al 1-800-342-2762.*

Como seleccionar una compañía de seguros

Igual que con cualquiera otra compra, es una buena idea investigar para asegurarse esta recibiendo lo más por su dinero.

Cuando escoja una compañía de seguros, es prudente averiguar la valoración de la compañía. Varias organizaciones publican valoraciones de las compañías de seguros, las que pueden verificar visitando su biblioteca local o en el sitio del web de la compañía. Estas organizaciones incluyen: A.M. Best Company, Duff & Phelps, Standard and Poor's, Weiss Ratings Inc. y Moody's Investors Service. Compañías son valoradas de acuerdo con varios elementos, tales como datos económicos (incluyendo bienes y responsabilidades), operaciones de ventas, y la historia de la compañía. Antes de comprar un seguro, verifique que la compañía esta autorizada para conducir negocios en la Florida.

Es muy importante que usted haga negocios con un asegurador autorizado en la Florida. En la mayoría de las circunstancias, los beneficios son garantizados por FIGA y por la Asociación de Garantía del Seguro de Vida y Salud (FLHIGA). FIGA pagan los reclamos de los aseguradores autorizados de propiedad y víctimas si la compañía se vuelve insolvente y no puede pagar. *Para más información, llame gratis a la oficina de servicio en su área o a la línea de ayuda para los consumidores al 1-800-342-2762.*

¡El fraude de seguros nos cuesta a todos!

El fraude de seguro cuesta a cada familia de la Florida $1,500 al año adicional* en primas aumentadas. De hecho, se puede inflar sus primas por hasta 30 por ciento, según el Buró Nacional de los Delitos de Seguros. Esto incluye el dinero que usted paga por seguros de vida, automóvil, salud, propietario de una casa y otros clases de seguro. Usted puede proteger su cartera si se familiariza con las clases de variedades de esquemas y estafas de fraude. Algunos ejemplos comunes incluyen:

FRAUDE POR ROBO FICTICIO – Un asegurado hace una reclamación falsa por un vehículo de lujo "robado" y trata de obtener un cheque de $25,000 de la compañía de seguros como compensación por un automóvil escondido.

REPARACIONES FRAUDULENTAS – El dueño de un taller de reparaciones se ofrece para alterar los daños estimados de un asegurado tratando de hacerle un "favor". El asegurado deshonesto hace su reclamación con estimados más altos.

AGENTE CONVOYA COBERTURAS CON SERVICIOS – El agente le vende a un consumidor cobertura de servicios opcionales, como la asociación a un club automovilístico o de viajes, remolque e incapacidad; sin el consentimiento del consumidor. El agente engaña al cliente describiendo las opciones mencionadas como parte de un "paquete".

UN RIESGO NO MENCIONADO – Un solicitante deshonesto que realiza viajes frecuentes con su automóvil oculta deliberadamente la cantidad de millas que recorre anualmente para obtener una prima menos costosa.

DESCRIPCIÓN ENGAÑOSA – Una persona hace una reclamación de $36,000 "por pérdida de salario y gastos médicos", después de sufrir un accidente automovilístico. La víctima afirma que el accidente le provocó una lesión en la rodilla, pero los investigadores descubren tratamientos previos por la misma dolencia.

ENSÉÑEME SU LICENCIA – La persona se comunica con el consumidor por teléfono para venderle una póliza, pero no tiene licencia.

Existen otros tipos de fraudes de seguros. Si sospecha que se ha cometido un delito, llame a la línea gratuita de Fraude del Departamento de Servicios Financieros de la Florida, al 1-800-378-0445.

*Fuente: Coalición contra el Fraude de Seguros

Protegiendo su privacidad

Su Seguro e Institución Financiera

Bajo las leyes federales, algunos bancos y compañías de seguro tienen derecho de compartir información de índole privada y sensitiva con otras entidades y organizaciones de negocios sin tener su permiso.

Las leyes y otros reglamentos establecidos por el Departamento de Servicios Financieros en la Florida, afortunadamente, tienen una manera para poder proteger esta clase información personal. Pero, como

el asegurado, usted debe de tomar el paso necesario para proteger sus datos personales.

Tal vez ya recibió o recibirá un aviso sobre sus derechos de las compañías de seguros o establecimientos financieros donde usted ha hecho negocios. La forma que ellos les enviaran le dan la oportunidad para que todos sus datos personales no sean divulgados a otras entidades. Es muy importante que usted complete los formularios y los devuelva para que sus datos personales y médicos no sean compartidos con otras compañías. usted, tal vez, reciba estas formas anualmente y es posible que las tenga que completar para continuar el mantenimiento de información personal confidencialmente.

Cuando reciba un aviso de un formulario de privacidad, léalo bien antes de firmarlo para no dar permiso involuntariamente a la compañía a compartir la información con otras entidades. *Si tiene alguna pregunta antes de llenar las formas, llame al la Línea de ayuda al consumidor, 1-800-342-2762.*

Programas de extensión educativa a la comunidad

El Departamento de Servicios Financieros ofrece programas de extensión educativa a la comunidad en diversos tópicos relacionados con seguros. Oradores estan entrenados para hablar con grupos y organizaciones sobre cualquiera de los temas de seguro que usted seleccione y también tratarán de contestar las preguntas que esten relagionadas con su seguro. *Para más información, llame a la oficina local de servicios o al 1-800-342-2762.*

Temas para la protección del consumidor

- Consumidor este Atento: Chanchullos los Seguros y Fraude relacionado con Finanzas
- Tejemanejes, Acuerdos y Rollos con las tarjetas de Crédito.
- ¿Está Ud. cubierto? Evite Engaños Ilícitos de Seguro
- Prestamistas Depredadores
- Viviendo en una Zona de Peligro: Preparaciones para un Desastre o un Huracán
- ¿Nuevo en la Florida? Como cubrir sus Bienes
- Conductores Jóvenes
- Seguro y otras Necesidades en la Edad de Oro
- Seguros de Salud, HMO, de Cuidados a Largo Plazo, Suplementario de Medicare
- Seguro para Pequeños Negocios

Glosario

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS – Es la administración de los riesgos que pueden afectar un negocio. Es el propósito de este programa de identificar las posibilidades que existen para que ocurra una pérdida y hacer recomendaciones sobre que pasos deben tomarse para evitar una pérdida. También se ocupa de programas de seguridad y de seguros.

ADMINISTRADORES DE UN TERCER PARTIDO – Es un negocio que esta licenciado por el Departamento de Servicios de Finanzas para ocuparse de los reclamos de compañías de seguros o programas de cobertura de un solo empleador.

AGENTE – Un agente es la persona que vende pólizas de seguro y se ocupa de prestar servicios a sus clientes. Los agentes tienen que mantener una licencia emitida por el Departamento de Servicios de Finanzas para poder vender planes de seguro en la Florida.

ASEGURADO – Es la personal(s) o artículo cubierta bajo una póliza de seguros.

COMPAÑIA DE SEGUROS (ASEGURANZA) – Es la compañía que ofrece cobertura bajo una póliza de seguros.

COMPAÑIA DE SEGUROS QUE NO ESTAN AUTORIZADAS – Es una compañía que no ha recibido un Certificado de Autoridad para conducir negocios en el estado.

COMPAÑIAS DE SEGURO EXTRANJERAS – Las compañías de seguro extranjeras han sido licenciadas bajo las leyes de otro estado que no es la Florida pero pueden vender sus productos en la Florida.

COMPAÑIAS DE SEGURO AUTORIZADAS – Una compañía de seguro autorizada es una compañía que ha recibido un Certificado de Autoridad del Departamento de Servicios de Finanzas para vender en la Florida.

COMPAÑIAS DE SEGURO DOMÉSTICAS – Una compañía doméstica es una compañía de seguros formada bajo las leyes de la Florida.

DAÑOS NOMBRADOS – Son términos específicos que nombran la clase de pérdidas que serán pagadas bajo el contrato que cubre la propiedad del asegurado. Algunos ejemplos son: fuego, ventoleras, robos y daños causados por humo.

DEDUCIBLE – El la cantidad de dinero que el asegurado tiene que pagar antes de que la compañía de seguros pague la parte que le corresponde.

FLORIDA INSUANCE GUARANTY ASSOCIATION (FIGA) – FIGA es una asociación, que comprende de todas las compañías de seguros autorizadas a operar en la Florida en las líneas de propiedad y otros riesgos, que paga los reclamos de las compañías que se van de bancarrota.

FLORIDA LIFE AND HEALTH INSURANCE GUARANTY SSOCIATION (FLHIGA) – En esta asociación los miembros son las compañías de seguros que venden seguros de vida y salud autorizadas a mantener negocios en la Florida. La asociación paga los reclamos cuando una compañía licenciada en la Florida se va de bancarrota.

LÍMITES DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD – El la máxima cantidad de beneficios que la compañía paga cuando hay un reclamo o una pérdida.

ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO) – 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.

PÉRDIDA – Es el acontecimiento o evento que resulta en daños o la destrucción de la propiedad, heridas o muerte. El contrato puede cubrir, limitar o excluir algunas pérdidas pero todo depende de los términos anotados en la póliza.

RESERVA – Es una organización de aseguranzas que unidas escriben coberturas de seguro para aquellos que aplican por seguro pero tiene problemas encontrando cobertura por ordinario métodos.

RIESGO – Es la posibilidad de una pérdida que asegura a la persona, sus responsabilidades y propiedad.

SEGURO DE GRUPO – Seguro de grupo es una póliza de seguros que cubre a un número de personas bajo un solo contrato.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD COMERCIAL – El seguro de responsabilidad comercial es una póliza de seguro que cubre los actos de negligencia que causan heridas y daños a personas o a la propiedad que no tienen que ver con el negocio.

Notas

Notas

Oficinas de Servicios

Daytona Beach
135 Executive Circle, Ste. 103
Daytona Beach, FL 32114-1180
(386) 323-0900

Fort Lauderdale
499 N.W. 70th Ave., Ste. 301-B
Plantation, FL 33317-7574
(954) 321-2900

Fort Myers
2295 Victoria Ave., Ste. 163
Ft. Myers, FL 33901-3867
(239) 461-4000

Jacksonville
921 N. Davis
Building B, Ste. 260
Jacksonville, FL 32209
(904) 798-5800

Miami
401 N.W. 2nd Ave., Ste. N-307
Miami, FL 33128-1700
(305) 536-0300

Orlando
400 W. Robinson St., Ste. N-401
Orlando, FL 32801-1751
(407) 835-4400

Pensacola
610 E. Burgess Road
Pensacola, FL 32504-6320
(850) 453-7800

St. Petersburg/Largo
11351 Ulmerton Road, Ste. 240
Largo, FL 33778-1636
(727) 587-7260

Tallahassee

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

Tampa

5309 E. Fowler Ave.
Tampa, FL 33617-2221
(813) 899-6160

West Palm Beach

400 N. Congress Ave., Ste. 210
West Palm Beach, FL 33401-2933
(561) 640-6700