PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

FYI EXPRESS

MANUAL DE ESTUDIO

PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

Aviso legal

Este aviso legal ("Aviso legal") rige el uso y acceso al "Prelicenciamiento de agente de seguros por accidente y enfermedad de Georgia" ("libro electrónico") publicado por FYI Express y Eddie K. Emmett ("nosotros", "nos" o "nuestro"). Al acceder o utilizar este libro electrónico, usted reconoce y acepta estar sujeto a este Aviso legal.

Sin asesoramiento legal: La información contenida en este libro electrónico es solo para fines informativos generales. No pretende ser un asesoramiento legal ni crear una relación abogado-cliente. Si bien nos esforzamos por brindar información precisa y actualizada, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, con respecto a la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad de la información contenida en este libro electrónico. Cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo.

Sin garantía de resultados: El contenido de este libro electrónico se basa en nuestras experiencias, investigaciones y conocimientos. Sin embargo, no podemos garantizar que la información proporcionada produzca los resultados deseados para usted. Las circunstancias de cada individuo son únicas y la eficacia de las estrategias analizadas en este libro electrónico puede variar. Por lo tanto, debe consultar con un profesional calificado o un asesor legal antes de tomar cualquier decisión o emprender cualquier acción en función de la información proporcionada en este libro electrónico.

No sustituye el asesoramiento profesional: la información contenida en este libro electrónico no sustituye el asesoramiento profesional. Es su responsabilidad buscar asesoramiento profesional adaptado a sus necesidades y circunstancias específicas. Renunciamos a toda responsabilidad por cualquier acción tomada o no tomada en función del contenido de este libro electrónico.

Derechos de autor y propiedad intelectual : todos los materiales, incluidos, entre otros, textos, imágenes, gráficos y logotipos, contenidos en este libro electrónico están protegidos por las leyes de derechos de autor y propiedad intelectual. No puede modificar, reproducir, distribuir, volver a publicar ni crear trabajos derivados de ninguna parte de este libro electrónico sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Enlaces externos: este libro electrónico puede contener enlaces a sitios web o recursos externos. Proporcionamos estos enlaces para su conveniencia, pero no respaldamos, controlamos ni garantizamos la precisión, relevancia, actualidad o integridad de la información contenida en estos sitios web externos. No somos responsables de ningún daño o pérdida que se produzca por el acceso o uso de estos sitios web externos.

Limitación de responsabilidad: En la medida máxima permitida por la ley, no seremos responsables ante usted ni ante terceros por ningún daño directo, indirecto, incidental, especial, consecuente o punitivo que surja de o esté relacionado con el uso o la imposibilidad de usar este libro electrónico, incluso si se nos ha informado de la posibilidad de tales daños.

Ley aplicable y jurisdicción : este descargo de responsabilidad se regirá e interpretará de conformidad con las leyes de Georgia, EE. UU. Cualquier disputa o reclamo que surja de o en relación con este descargo de responsabilidad o su uso de este libro electrónico estará sujeto a la jurisdicción exclusiva de los tribunales ubicados en Canton, GA.

Al acceder o utilizar este libro electrónico, usted reconoce que ha leído, comprendido y aceptado este Aviso legal en su totalidad. Si no está de acuerdo con alguna parte de este Aviso legal, no debe utilizar ni acceder a este libro electrónico.

Eddie K. Emmett / FYI Express

200 Russell Court, Cantón, GA 30115

eddie@fyiexpress.com

www.FYIExpress.com

PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

INFORMACIÓN PREVIA A LA LICENCIA DE SEGUROS DE GEORGIA

Georgia exige que los candidatos a obtener una licencia de productor realicen y completen un curso previo a la obtención de la licencia aprobado por el estado. También deberá solicitar su licencia en el departamento de seguros del estado y registrarse para el examen de licencia estatal. Asegúrese de registrarse para los tres (curso previo a la obtención de la licencia, solicitud de licencia y examen estatal) utilizando la información de identificación personal *exactamente como aparece en su identificación emitida por el gobierno* . Las discrepancias retrasarán el proceso de obtención de la licencia.

¿CÓMO COMPLETO MI CURSO DE EDUCACIÓN PREVIA A LA LICENCIA DE EXAMFX?

Georgia requiere 20 horas de educación previa a la obtención de la licencia para cada línea de autoridad, y 40 para una línea de autoridad dual.

Para obtener su certificado de finalización:

- Lea cada capítulo y responda el cuestionario al final del capítulo.
- Obtén una puntuación del 70% o más en cada cuestionario del capítulo.
- Completar y aprobar el examen de certificación con una puntuación mínima del 70%.

Su examen se basará en el esquema del examen de Georgia, que se puede encontrar en las páginas S4 a S5 del Manual del candidato de PearsonVUE .

Este libro electrónico cubre todo lo que los agentes de seguros necesitan saber sobre seguros de accidentes y salud, incluidos los diferentes tipos de cobertura, los riesgos comunes y las mejores prácticas para ayudar a los clientes a elegir la póliza adecuada. Sería un recurso valioso para los agentes que buscan ampliar sus conocimientos y brindar un mejor servicio a sus clientes en el mercado de seguros de Georgia Access.

A medida que avanza en el libro electrónico y disfruta de algunos temas, le doy la oportunidad de probar su comprensión de lo que acaba de leer haciendo clic en un enlace.

El enlace te llevará a un cuestionario con 10 preguntas de opción múltiple y 4 posibles respuestas.

No es obligatorio realizar los cuestionarios, pero seguro que es divertido (especialmente si activas la música, los memes y los efectos de sonido).

Para aprovechar al máximo este libro electrónico, debe registrarse para obtener una cuenta GRATUITA en https://quizizz.com/

Estar familiarizado con las preguntas será útil cuando realice el examen final en línea, que consta de 50 preguntas de opción múltiple.

Necesitará responder correctamente al menos el 70% de las preguntas para obtener el Certificado de Agente de Seguros de Accidentes y Enfermedades de GA de 20 horas.

I. TIPOS DE POLÍTICAS 13
A. Ingresos por discapacidad 13
1. Política de ingresos por discapacidad individual 13
2. Política de gastos generales de la empresa 13
3. Política de indemnización por incapacidad empresarial 13
4. Póliza de ingresos por discapacidad colectiva 13
5. Política de empleados clave 13
B. Muerte accidental y desmembramiento 13
C. Seguro de Gastos Médicos 14
1. Políticas básicas hospitalarias, médicas y quirúrgicas 14
2. Principales pólizas médicas 14
3. Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) 14
4. Organizaciones de proveedores preferidos (PPO) 14
5. Planes de punto de servicio (POS) 14
6. Cuentas de gastos flexibles (FSA) 14
7. Planes de salud con deducible alto (HDHP) y cuentas de ahorro para la salud 14
8. Cuentas de reembolso de gastos de salud (HRA) 15
D. Pólizas de seguro complementario de Medicare 15
E. Seguro de grupo 16
1. Diferencias entre contratos individuales y colectivos 16
2. Características generales 16
3. COBRA 16
F. Atención a largo plazo individual o grupal 18
1. Elegibilidad 18
2. Niveles de atención 18
G. Otras políticas 18
1. Odontología 18
2. Visión 18
3. Seguro contra el cáncer 18

4. Seguro de Enfermedades Graves o Enfermedades Específicas 18
5. Seguro del lugar de trabajo (patrocinado por el empleador) 18
6. Seguro de indemnización por hospitalización 19
7. Seguro médico de corto plazo 19
8. Seguro de accidentes 19
II. DISPOSICIONES, CLÁUSULAS Y Cláusulas adicionales de la póliza 19
A. Disposiciones obligatorias y facultativas 19
1. Contrato completo 19
2. Límite de tiempo para ciertas defensas (Incontestable) 19
3. Período de gracia 19
4. Reincorporación 21
5. Notificación de reclamación 21
6. Formularios de reclamación 21
7. Prueba de pérdida 21
8. Plazo de pago de las reclamaciones 21
9. Pago de reclamaciones 21
10. Examen físico y autopsia 21
11. Acciones legales 22
12. Cambio de Beneficiario 23
13. Declaración errónea sobre la edad o el género 23
14. Cambio de ocupación 23
15. Ocupación ilegal 23
16. Relación entre las ganancias y el seguro 23
B. Otras disposiciones y cláusulas 23
1. Cláusula de seguro 23
2. Mirada libre 25
3. Cláusula de contraprestación 25
4. Período de prueba 25
5. Periodo de Eliminación 25

6. Renuncia al pago de la prima 25
7. Exclusiones y limitaciones 25
8. Condiciones preexistentes 25
9. Coaseguro 26
10. Deducibles 26
11. Gastos Elegibles 26
12. Copagos 26
13. Preautorizaciones y requisitos de aprobación previa 26
14. Cargos usuales, razonables y acostumbrados (URC) 26
15. Límites máximos de beneficios de por vida, anuales o por causa 28
D. Jinetes 28
1. Deterioro/Exclusiones 28
2. Asegurabilidad garantizada 28
3. Opción de aumento futuro 28
E. Derechos de Renovabilidad 28
1. No cancelable 28
2. Cancelable 30
3. Energía renovable garantizada 30
III. SEGURO SOCIAL 30
A. Medicare (Partes A, B, C, D) 30
B. Medicaid 30
C. Beneficios de la Seguridad Social 31
IV. OTROS CONCEPTOS DE SEGURO 31
A. Incapacidad total, parcial, recurrente y residual 31
B. Derechos del propietario 31
C. Prestaciones por hijos dependientes 32
D. Beneficiarios primarios y contingentes 32
E. Modalidades de pago de las primas 32
F. No duplicación y coordinación de beneficios (por ejemplo, primarios vs. excedentes) 32

G. Ocupacional vs. No ocupacional 32

H. Tratamiento fiscal de las primas y los ingresos de los contratos de seguros (por ejemplo, ingresos por discapacidad y gastos médicos, etc.) 33

I. Atención médica administrada 33

J. Compensación de los trabajadores 33

K. Subrogación 33

V. PROCEDIMIENTOS DE SUSCRIPCIÓN DE CAMPO 34

A. Completar la solicitud 34

B. Explicación de las fuentes de asegurabilidad y privacidad de HIPAA 34

C. Pago inicial de la prima y recepción y consecuencias de la recepción 34

D. Presentación de la solicitud (y prima inicial, si se cobra) a la compañía para su suscripción 34

E. Ejecución de políticas 34

F. Explicación de la póliza y sus disposiciones, cláusulas adicionales, exclusiones y calificaciones a los clientes 35

G. Reemplazo 35

H. Derecho contractual 35

1. Elementos de un contrato 35

2. Interés asegurable 35

3. Garantías y representaciones 35

4. Aspectos singulares del contrato de seguro 36

a. Condicional 36

b. Unilateral 36

c. Adhesión 36

d. Aleatorio 36

VI. LEYES, REGLAS Y REGLAMENTOS DE GEORGIA RELATIVOS AL SEGURO DE VIDA, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD 37

A. Departamento de Seguros y Comisionado 37

1. Amplios poderes y deberes 37

2. Examen de expedientes 37

3. Investigaciones/Notificación de audiencia 37
4. Sanciones 38
B. Definiciones generales de seguros 38
1. Nacional, Extranjero y Extranjero 38
2. Acciones y Mutuales 38
3. Autorizado/No autorizado y Certificado de autoridad 38
4. Transacción de seguros / Transacción de negocios 39
C. Licencias de agentes y consejeros 39
1. Responsabilidad del agente 39
2. Mantenimiento de la licencia 39
3. Revocación, suspensión, denegación o negativa de renovación de la licencia . 39
4. Licencia Temporal 39
5. Licencia de no residente 40
6. Licencia de Consejero 40
D. Prácticas comerciales desleales 40
1. Reembolso 40
2. Difamación 40
3. Discriminación injusta 41
4. Tergiversación 41
5. Torciendo y agitando 41
6. Publicidad 41
7. Coerción 42
8. Negocio controlado 43
9. Prácticas desleales en materia de reclamaciones 43
10. Fraude 43
E. Informes y disposición de primas 43
1. Responsabilidad fiduciaria 43
2. Mezcla 44
F. Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia 44

VII. Normas y códigos de Georgia pertinentes únicamente al seguro de accidentes y enfermedades 46

A. Seguros de accidentes y enfermedades individuales y colectivos 46

B. Suplemento de Medicare 60

C. Atención a largo plazo 66

D. Requisitos de asociación para cuidados a largo plazo 75

Acceso a Georgia 87

Tipos de cláusulas adicionales del seguro por discapacidad 173

Comprensión del seguro por muerte accidental y desmembramiento: beneficios y cobertura 180

Servicios o productos de visión 185

Seguro médico mayor: ¿qué es? 190

¿Qué es Medigap? 196

Seguro de cuidados a largo plazo: lo que necesita saber 204

¿Qué es el seguro de visión? 207

Lo que debe saber sobre su seguro si tiene cáncer 209

¿Qué es el seguro contra enfermedades graves? 209

¿Qué significa cláusula de seguro? 213

Preguntas frecuentes sobre la exención de prima en seguros 221

Resumen de la regla 224

¿Qué es un recibo vinculante condicional? 245

Entrega presencial 246

Elementos de un contrato de seguro 250

¿Qué significa contrato de seguro de adhesión? 251

¿Qué es un contrato aleatorio? 252

Leyes del estado de Georgia que tratan sobre seguros 253

GEORGIA ACCESS

COMIENZA EL 1 DE NOVIEMBRE

I. TIPOS DE POLÍTICAS

A. Ingresos por discapacidad

1. Política de ingresos por discapacidad individual

- **Descripción** : Proporciona reemplazo de ingresos si el asegurado no puede trabajar debido a una discapacidad.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga el 60% de su salario si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión.

2. Política de gastos generales de la empresa

- **Descripción** : Cubre los gastos comerciales como alquiler, servicios públicos y salarios de los empleados si el propietario de la empresa queda discapacitado.
- **Ejemplo** : una póliza que paga $5,000 por mes para cubrir el alquiler de la oficina y los servicios públicos mientras el propietario se recupera de una cirugía.

3. Política de compra por incapacidad empresarial

- **Descripción** : Proporciona fondos para comprar la parte del negocio de un socio discapacitado.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $500,000 para comprar la parte de un socio que ya no puede trabajar debido a un accidente grave.

4. Póliza de ingresos por discapacidad grupal

- **Descripción** : Ofrecida por los empleadores, esta póliza proporciona beneficios de ingresos por discapacidad a los empleados.
- **Ejemplo** : Una póliza proporcionada por un empleador que paga el 50% del salario de un empleado si no puede trabajar debido a una enfermedad prolongada.

5. Política de empleados clave

- **Descripción** : Proporciona beneficios a una empresa si un empleado clave queda discapacitado.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $100,000 a una empresa si su principal ejecutivo de ventas no puede trabajar durante seis meses debido a una discapacidad.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

B. Muerte accidental y desmembramiento

- **Descripción** : Proporciona beneficios si el asegurado muere o pierde una extremidad debido a un accidente.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $200,000 por muerte accidental y $100,000 por la pérdida de una extremidad.

C. Seguro de Gastos Médicos

1. Políticas básicas de hospitalización, medicina y cirugía

- **Descripción** : Cubre gastos básicos de hospitalización, médicos y quirúrgicos.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubra estadías en el hospital, cirugías y visitas al médico.

2. Políticas médicas importantes

- **Descripción** : Proporciona cobertura integral para gastos médicos importantes.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubre tratamientos médicos extensos, incluidas cirugías y estadías en el hospital.

3. Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO)

- **Descripción** : Proporciona servicios de salud a través de una red de proveedores por una tarifa anual fija.
- **Ejemplo** : Un plan HMO que requiere que los miembros elijan un médico de atención primaria y obtengan referencias para especialistas.

4. Organizaciones de proveedores preferidos (PPO)

- **Descripción** : Ofrece más flexibilidad para elegir proveedores de atención médica y no requiere referencias.
- **Ejemplo** : un plan PPO que permite a los miembros consultar a cualquier médico sin una remisión, pero ofrece costos más bajos para los proveedores dentro de la red.

5. Planes de punto de servicio (POS)

- **Descripción** : Combina características de los HMO y PPO, requiriendo un médico de atención primaria pero permitiendo atención fuera de la red a un costo mayor.
- **Ejemplo** : un plan POS que cubre visitas fuera de la red pero con un copago más alto.

6. Cuentas de gastos flexibles (FSA)

- **Descripción** : Permite a los empleados reservar dólares antes de impuestos para gastos médicos.
- **Ejemplo** : una FSA que permite a los empleados utilizar dólares antes de impuestos para recetas y visitas al médico.

7. Planes de salud con deducible alto (HDHP) y cuentas de ahorro para gastos médicos **(HSA)**

- **Descripción** : Los HDHP tienen deducibles más altos pero primas más bajas, y las HSA permiten ahorros antes de impuestos para gastos médicos.

- **Ejemplo** : un HDHP combinado con una HSA que permite a los empleados ahorrar dólares antes de impuestos para gastos médicos futuros.

8. Cuentas de reembolso de gastos de salud (HRA)

- **Descripción** : Cuentas financiadas por el empleador que reembolsan a los empleados los gastos médicos.
- **Ejemplo** : una HRA que reembolsa a los empleados los gastos médicos de bolsillo.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

D. Pólizas de seguro complementario de Medicare

- **Descripción** : También conocidas como Medigap, estas pólizas cubren costos que no cubre Medicare Original.
- **Ejemplo** : Un plan Medigap G que cubre el coseguro y los deducibles de las Partes A y B de Medicare.

Inscripción abierta

Las aseguradoras no pueden negar la emisión de ninguna póliza complementaria de Medicare ni discriminar en el precio de una póliza debido al estado de salud, la experiencia de reclamos o la recepción de atención médica, si se ha presentado una solicitud de póliza antes o dentro de los 6 meses a partir del primer día del primer mes en el que el solicitante tiene: 65 años o más y está inscrito para recibir beneficios bajo la Parte B de Medicare.

Mirada libre

Las pólizas complementarias de Medicare deben tener un aviso impreso de manera destacada en la primera página que indique que el titular de la póliza tiene derecho a un período de revisión gratuito de 30 días, durante el cual puede devolver la póliza con un reembolso total de la prima, si el titular de la póliza no está satisfecho con la póliza por cualquier motivo.

Normas de marketing

Las pólizas de seguro complementario de Medicare que se publicitan o comercializan en este estado no pueden contener limitaciones o exclusiones de cobertura, excepto aquellas permitidas por cláusulas de condiciones preexistentes, que sean más restrictivas que las de Medicare. Las pólizas no pueden utilizar exenciones para excluir, limitar o reducir la cobertura o los beneficios de enfermedades o condiciones preexistentes específicamente nombradas o descritas.

Ninguna póliza complementaria o certificado vigente podrá contener beneficios que dupliquen los beneficios proporcionados por Medicare.

Se prohíben las tácticas de manipulación, presión y publicidad indirecta. No se pueden utilizar los términos Medicare Supplement, Medigap, Medicare Wrap-Around y palabras similares a menos que la póliza cumpla plenamente con la ley.

Se prohíbe cualquier venta de una póliza o certificado complementario de Medicare que proporcione a una persona más de una póliza o certificado complementario de Medicare.

NO se puede emitir una póliza o certificado complementario de Medicare a una persona inscrita en la Parte C de Medicare a menos que la fecha de vigencia de la cobertura sea posterior a la fecha de finalización de la cobertura de la Parte C de la persona.

El 1 de marzo de cada año o antes, los emisores deben informar el número de póliza y la fecha de emisión de cada residente individual de este estado para el cual el emisor tenga más de una póliza o certificado complementario de Medicare vigente.

Compensación Permitida

Las aseguradoras pueden ofrecer comisiones a los productores de seguros por la venta de pólizas complementarias de Medicare solo si la comisión del primer año no supera el 200 % de la comisión u otra compensación pagada por la venta o el servicio de la póliza en el segundo año. Las comisiones que se ofrezcan en los años posteriores (de renovación) deben ser las mismas que las del segundo año y deben ofrecerse durante no menos de 5 años de renovación.

Reemplazo

Los formularios de solicitud de pólizas de seguro complementario de Medicare deben incluir una pregunta para determinar si el solicitante tiene la intención de reemplazar alguna póliza de accidentes y enfermedades existente por la póliza complementaria de Medicare. Si es así, la aseguradora o su agente debe proporcionar al solicitante un Aviso sobre el reemplazo antes de emitir o entregar la póliza complementaria de Medicare.

Los avisos de reemplazo deben estar firmados por el solicitante y el agente. Cada parte debe conservar una copia firmada.

E. Seguro de grupo

1. Diferencias entre contratos individuales y grupales

- **Descripción** : El seguro grupal se proporciona a un grupo de personas bajo un solo contrato, generalmente a través de un empleador.
- **Ejemplo** : un plan de seguro médico proporcionado por el empleador versus un plan comprado individualmente.

2. Características generales

- **Descripción** : El seguro grupal generalmente ofrece primas más bajas y una suscripción simplificada.
- **Ejemplo** : Una póliza de seguro de vida grupal que no requiere exámenes médicos para la cobertura.

3. COBRA

- **Descripción** : Permite a los empleados continuar con su cobertura de seguro de salud grupal después de dejar el empleo.

- **Ejemplo** : Un empleado que continúa su cobertura de seguro de salud durante 18 meses después de dejar un trabajo.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

F. Atención a largo plazo individual o grupal

1. Elegibilidad

- **Descripción** : Generalmente requiere la incapacidad de realizar al menos dos actividades de la vida diaria (AVD).
- **Ejemplo** : Un asegurado que necesita ayuda para bañarse y vestirse califica para recibir beneficios.

2. Niveles de atención

- **Descripción** : Incluye atención domiciliaria, vida asistida y atención en hogares de ancianos.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubre servicios de atención domiciliaria y estadías en hogares de ancianos.

G. Otras políticas

1. Dental

- **Descripción** : Cubre los gastos de atención dental como limpiezas, empastes y ortodoncia.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubre el 80% del costo de limpiezas y empastes dentales.

2. Visión

- **Descripción** : El seguro de la vista cubre el cuidado ocular de rutina, incluidos exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubre un examen ocular anual y ofrece un subsidio de $150 para anteojos o lentes de contacto.

3. Seguro contra el cáncer

- **Descripción** : El seguro contra el cáncer proporciona un beneficio de suma global al momento del diagnóstico de cáncer, lo que ayuda a cubrir los costos del tratamiento y otros gastos.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $50,000 en caso de diagnóstico de cáncer, que pueden usarse para gastos médicos, viajes o gastos del hogar.

4. Seguro de enfermedad grave o enfermedad específica

- **Descripción** : Este seguro proporciona un pago único si al asegurado se le diagnostica una enfermedad grave específica, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o cáncer.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $25,000 en caso de diagnóstico de un ataque cardíaco, que puede utilizarse para gastos médicos y no médicos.

5. Seguro del lugar de trabajo (patrocinado por el empleador)

- **Descripción** : Son beneficios voluntarios ofrecidos por los empleadores, incluidos seguros de salud, dentales, de la vista y de vida, a menudo a tarifas reducidas.

- **Ejemplo** : Un plan patrocinado por el empleador que incluye seguro médico, dental y de la vista, con primas pagadas parcialmente por el empleador.

6. Seguro de indemnización por hospitalización

- **Descripción** : Proporciona un beneficio fijo diario, semanal o mensual si el asegurado está hospitalizado, ayudando a cubrir los gastos de bolsillo.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $200 por día por cada día que el asegurado esté hospitalizado.

7. Seguro médico de corto plazo

- **Descripción** : Proporciona cobertura de salud temporal por un período limitado, generalmente hasta 12 meses, para personas que están entre trabajos o que esperan otra cobertura.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubre visitas a salas de emergencia y estadías en el hospital por hasta seis meses.

8. Seguro contra accidentes

- **Descripción** : Proporciona un beneficio de suma global por lesiones resultantes de accidentes, cubriendo gastos médicos y no médicos.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $5,000 por una pierna rota como resultado de un accidente automovilístico.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

II. DISPOSICIONES, CLÁUSULAS Y Cláusulas adicionales de la póliza

A. Disposiciones obligatorias y facultativas

1. Contrato completo

- **Descripción** : La póliza y la solicitud constituyen el contrato completo entre el asegurador y el asegurado.
- **Ejemplo** : Garantiza que ningún documento externo pueda alterar los términos de la póliza.

2. Límite de tiempo para ciertas defensas (incuestionables)

- **Descripción** : Limita el tiempo durante el cual la aseguradora puede impugnar la póliza basándose en inexactitudes en la solicitud.
- **Ejemplo** : Normalmente, después de dos años, la aseguradora no puede impugnar la póliza, salvo por fraude.

3. Período de gracia

- **Descripción** : Un período después de la fecha de vencimiento de la prima durante el cual la póliza permanece vigente sin penalización.

- **Ejemplo** : Un período de gracia de 30 días para el pago de la prima.

4. Reinstalación

- **Descripción** : Permite restablecer una póliza caducada dentro de un período determinado, generalmente con prueba de asegurabilidad y pago de primas atrasadas.
- **Ejemplo** : Una póliza que puede restablecerse dentro de los cinco años siguientes a su vencimiento.

5. Notificación de reclamación

- **Descripción** : El asegurado debe notificar a la aseguradora sobre un reclamo dentro de un período de tiempo específico.
- **Ejemplo** : Un requisito de notificar a la aseguradora dentro de los 20 días siguientes a una pérdida.

6. Formularios de reclamación

- **Descripción** : La aseguradora debe proporcionar formularios de reclamo al asegurado dentro de un período de tiempo específico después de recibir la notificación de un reclamo.
- **Ejemplo** : La aseguradora debe enviar los formularios de reclamación dentro de los 15 días siguientes a la notificación.

7. Prueba de pérdida

- **Descripción** : El asegurado debe proporcionar prueba de la pérdida dentro de un período de tiempo específico.
- **Ejemplo** : La prueba de pérdida debe presentarse dentro de los 90 días siguientes a la pérdida.

8. Tiempo de Pago de las Reclamaciones

- **Descripción** : Especifica el período de tiempo dentro del cual la aseguradora debe pagar las reclamaciones después de recibir la prueba de la pérdida.
- **Ejemplo** : Las reclamaciones deben pagarse dentro de los 60 días de recibir la prueba de la pérdida.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

9. Pago de reclamaciones

- **Descripción** : Especifica a quién deben pagarse las reclamaciones.
- **Ejemplo** : Las reclamaciones son pagaderas al asegurado o al beneficiario.

10. Examen físico y autopsia

- **Descripción** : Permite a la aseguradora exigir un examen físico o una autopsia para determinar la causa de la muerte.
- **Ejemplo** : La aseguradora puede exigir una autopsia en caso de muerte accidental.

11. Acciones legales

- **Descripción** : Limita el plazo dentro del cual el asegurado puede iniciar acciones legales contra la aseguradora.
- **Ejemplo** : La acción legal debe iniciarse dentro de los tres años siguientes a la denegación del reclamo.

12. Cambio de Beneficiario

- **Descripción** : Permite al asegurado cambiar la designación del beneficiario.
- **Ejemplo** : El tomador del seguro puede cambiar el beneficiario presentando una solicitud por escrito a la aseguradora.

13. Declaración errónea de edad o género

- **Descripción** : Ajusta los beneficios si la edad o el género del asegurado fueron indicados incorrectamente en la solicitud.
- **Ejemplo** : Los beneficios se ajustan a lo que las primas habrían costado a la edad o género correctos.

14. Cambio de ocupación

- **Descripción** : Ajusta la prima o los beneficios si el asegurado cambia a una ocupación más peligrosa.
- **Ejemplo** : Las primas aumentan si el asegurado cambia de un trabajo de oficina a un trabajo de construcción.

15. Ocupación ilegal

- **Descripción** : Excluye la cobertura si el asegurado resulta lesionado o muere mientras comete un acto ilegal.
- **Ejemplo** : Sin beneficios

16. Relación entre las ganancias y el seguro

Descripción : Esta disposición permite a la aseguradora limitar los beneficios del asegurado en función de sus ingresos mensuales promedio de los dos años anteriores [1].

- **Ejemplo** : si una persona asegurada tiene una póliza de discapacidad que paga $5,000 por mes pero sus ingresos mensuales promedio fueron solo $3,000, la aseguradora puede reducir el beneficio a $3,000.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

B. Otras disposiciones y cláusulas

1. Cláusula de seguro

Descripción : La cláusula de seguro es la parte de la póliza de seguro que describe la promesa del asegurador de pagar beneficios en caso de que ocurra un evento específico, como la muerte del asegurado [2].

Ejemplo : En una póliza de seguro de vida, la cláusula de seguro establece que la aseguradora pagará un beneficio por muerte al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado.

2. Mirada libre

Descripción : La disposición de revisión gratuita permite al asegurado revisar la póliza durante un período específico (generalmente 10 días) y devolverla para obtener un reembolso completo si no está satisfecho[1].

Ejemplo : Un asegurado recibe una nueva póliza de seguro de vida y, en un plazo de 10 días, decide que no satisface sus necesidades. Devuelve la póliza y recibe un reembolso completo de la prima pagada.

3. Cláusula de contraprestación

Descripción : La cláusula de contraprestación especifica el monto y la frecuencia de los pagos de primas que el asegurado debe realizar para mantener la póliza de seguro vigente [3].

Ejemplo : una póliza de seguro de vida podría requerir pagos de primas mensuales de $100 para mantener la cobertura.

4. Período de prueba

Descripción : El período de prueba es el período de tiempo que debe transcurrir antes de que comience la cobertura de ciertas condiciones [4].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud podría tener un período de prueba de 30 días para la cobertura de condiciones preexistentes.

5. Periodo de eliminación

Descripción : El período de eliminación es el período de espera entre el inicio de una discapacidad y el momento en que comienzan a pagarse los beneficios [5].

Ejemplo : Una póliza de seguro por discapacidad puede tener un período de eliminación de 90 días, lo que significa que los beneficios comienzan 90 días después de que el asegurado queda discapacitado.

6. Renuncia al pago de la prima

Descripción : La exención de prima permite al asegurado dejar de pagar las primas si queda discapacitado y no puede trabajar [6].

Ejemplo : si un asegurado queda discapacitado de forma permanente, la exención de la prima le permitiría mantener su cobertura de seguro de vida sin pagar primas.

7. Exclusiones y limitaciones

Descripción : Las exclusiones y limitaciones son condiciones o circunstancias específicas para las cuales la póliza no proporcionará beneficios [7].

Ejemplo : Una póliza de seguro de vida podría excluir la cobertura por muerte resultante de suicidio dentro de los primeros dos años de la póliza.

8. Condiciones preexistentes

Descripción : Una condición preexistente es cualquier problema o condición de salud que existía antes de que comenzara la cobertura del seguro [8].

Ejemplo : si una persona tiene diabetes antes de solicitar un seguro de salud, se considera una condición preexistente.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

9. Coaseguro

Descripción : El coaseguro es el porcentaje de los costos que el asegurado debe pagar después de haber cumplido con el deducible [3].

Ejemplo : Si una póliza de seguro de salud tiene una cláusula de coaseguro 80/20, la aseguradora paga el 80% de los gastos cubiertos y el asegurado paga el 20%.

10. Deducibles

Descripción : Un deducible es la cantidad que el asegurado debe pagar de su bolsillo antes de que la compañía de seguros comience a pagar los gastos cubiertos [3].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud podría tener un deducible de $1,000, lo que significa que el asegurado paga los primeros $1,000 de gastos cubiertos cada año.

11. Gastos elegibles

Descripción : Los gastos elegibles son los costos médicos que están cubiertos por la póliza de seguro [3].

Ejemplo : Los gastos elegibles bajo una póliza de seguro de salud podrían incluir estadías en el hospital, cirugías y medicamentos recetados.

12. Copagos

Descripción : Un copago es una cantidad fija que el asegurado debe pagar por un servicio cubierto en el momento del servicio [3].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud podría requerir un copago de $20 por cada visita al médico.

13. Preautorizaciones y requisitos de aprobación previa

Descripción : Las preautorizaciones y los requisitos de aprobación previa son procesos que requieren que el asegurado obtenga la aprobación de la aseguradora antes de recibir ciertos servicios [3].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud podría requerir una autorización previa para cirugías electivas.

14. Cargos usuales, razonables y acostumbrados (URC)

Descripción : Los cargos URC son los montos que normalmente se cobran por un servicio particular en un área geográfica específica [3].

Ejemplo : si un médico cobra $200 por un servicio, pero el cargo URC es de $150, la compañía de seguros puede pagar solo $150.

15. Límites máximos de beneficios de por vida, anuales o por causa

Descripción : Estos límites limitan el monto que la aseguradora pagará durante la vigencia de la póliza, anualmente o por causa3.

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud podría tener un límite de beneficio máximo de por vida de $1 millón, lo que significa que la aseguradora no pagará más de $1 millón durante la vigencia de la póliza.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

D. Jinetes

1. Deterioro/Exclusiones

Descripción : Las cláusulas de exclusión o deterioro son disposiciones de una póliza de seguro que excluyen la cobertura de ciertas condiciones o actividades que representan un riesgo mayor1.

Ejemplo : si una persona tiene una condición cardíaca preexistente, una cláusula adicional por discapacidad podría excluir la cobertura de cualquier gasto médico relacionado con problemas cardíacos.

2. Asegurabilidad garantizada

Descripción : La póliza de asegurabilidad garantizada permite al asegurado adquirir cobertura de seguro adicional en momentos específicos sin someterse a un nuevo examen médico 2.

Ejemplo : Un asegurado puede aumentar su cobertura de seguro de vida cuando alcanza ciertas edades o eventos de la vida, como el matrimonio o el nacimiento de un hijo, sin demostrar asegurabilidad.

3. Opción de aumento futuro

Descripción : La opción de aumento futuro permite al asegurado aumentar el monto de su cobertura en fechas futuras sin proporcionar evidencia de asegurabilidad1.

Ejemplo : un asegurado puede optar por aumentar su cobertura de seguro de discapacidad cada pocos años para mantenerse al día con la inflación o los aumentos salariales.

E. Derechos de renovabilidad

1. No cancelable

Descripción : Una póliza no cancelable garantiza que la aseguradora no puede cancelar la póliza ni aumentar las primas mientras el asegurado continúe pagando las primas 1.

Ejemplo : Una póliza de seguro de discapacidad no cancelable garantiza que la cobertura y las tarifas de las primas del asegurado permanecerán sin cambios hasta que la póliza expire.

2. Cancelable

Descripción : Una póliza cancelable permite a la aseguradora cancelar la póliza en cualquier momento, generalmente con un período de aviso [1].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que puede ser cancelada por la aseguradora con un período de notificación de 30 días.

3. Energía renovable garantizada

Descripción : Una póliza renovable garantizada garantiza que el asegurado puede renovar la póliza sin proporcionar evidencia de asegurabilidad, aunque la aseguradora puede aumentar las primas [1].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que el asegurado puede renovar cada año independientemente de su estado de salud, pero la aseguradora puede ajustar las tarifas de la prima.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

III. SEGURO SOCIAL

A. Medicare (Partes A, B, C, D)

Descripción : Medicare es un programa federal de seguro médico destinado principalmente a personas de 65 años o más, pero también a algunas personas más jóvenes con discapacidades. Tiene cuatro partes:

- **Parte A** : cubre estadías en el hospital, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos cuidados de salud a domicilio [1].
- **Parte B** : Cubre ciertos servicios médicos, atención ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos [1].
- **Parte C (Medicare Advantage)** : una alternativa a Medicare Original que incluye las Partes A y B y, a menudo, la Parte D, ofrecidas por compañías privadas aprobadas por Medicare [2].
- **Parte D** : Proporciona cobertura de medicamentos recetados [2].
- **Ejemplo** : una persona que cumple 65 años se inscribe en la Parte A y la Parte B de Medicare, y luego elige un plan Medicare Advantage (Parte C) que incluye cobertura de medicamentos recetados (Parte D).
- **Más información** : Partes A, B, C y D de Medicare - Medicare.org

B. Medicaid

Descripción : Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. También ofrece beneficios que normalmente no cubre Medicare, como atención en hogares de ancianos y servicios de cuidado personal [3].

Ejemplo : Una familia de bajos ingresos con niños puede calificar para Medicaid para cubrir sus costos de atención médica.

Más información : Medicaid - Medicaid.gov

C. Beneficios de la Seguridad Social

Descripción : El Seguro Social brinda asistencia financiera a jubilados, personas discapacitadas y sobrevivientes de trabajadores fallecidos. Los beneficios incluyen ingresos por jubilación, ingresos por discapacidad y beneficios para sobrevivientes [4].

Ejemplo : Un trabajador jubilado que ha contribuido al Seguro Social durante al menos 10 años recibe beneficios de jubilación mensuales a partir de los 62 años o más tarde.

Más información : Beneficios del Seguro Social - SSA.gov

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

IV. OTROS CONCEPTOS DE SEGURO

A. Incapacidad total, parcial, recurrente y residual

Descripción : Estos términos se refieren a diferentes niveles y tipos de cobertura de discapacidad:

- **Incapacidad total** : La incapacidad de realizar cualquiera de las tareas propias de la ocupación [5].
- **Incapacidad parcial** : La incapacidad de realizar algunas, pero no todas, las tareas de la propia ocupación [5].
- **Incapacidad recurrente** : Una incapacidad que se repite después de que el asegurado ha regresado al trabajo [5].
- **Incapacidad Residual** : Proporciona beneficios si el asegurado puede trabajar, pero con una capacidad reducida, lo que resulta en una pérdida de ingresos [5].
- **Ejemplo** : Un cirujano que se lesiona la mano y ya no puede realizar operaciones puede recibir beneficios por incapacidad total. Si aún puede realizar algunas tareas, pero no todas, puede recibir beneficios por incapacidad parcial o residual.
- **Más información** : Beneficios por incapacidad residual o parcial - Maddox Firm

B. Derechos del propietario

Descripción : El propietario de la póliza tiene los derechos legales de tomar decisiones sobre la póliza, incluyendo nombrar beneficiarios, solicitar préstamos contra la póliza y transferir la propiedad [6].

Ejemplo : El titular de una póliza de seguro de vida puede cambiar el beneficiario de un miembro de la familia a otro.

Más información : Cláusula de propiedad en seguros de vida - LiveWell

C. Prestaciones por hijos dependientes

Descripción : Los planes de seguro de salud a menudo cubren a los hijos dependientes hasta una determinada edad, normalmente 26 años, según la Ley de Atención Médica Asequible [7].

Ejemplo : Un estudiante universitario de 24 años continúa cubierto por el plan de seguro médico de sus padres.

Más información : Cobertura para hijos dependientes - HealthCare.gov

D. Beneficiarios primarios y contingentes

Descripción : El beneficiario principal es el primero en la fila para recibir el beneficio por fallecimiento de una póliza de seguro. Un beneficiario contingente recibe el beneficio si el beneficiario principal no puede [8].

Ejemplo : Un asegurado nombra a su cónyuge como beneficiario principal y a sus hijos como beneficiarios contingentes.

Más información : Beneficiario primario vs. beneficiario contingente - Cake

E. Modalidades de pago de las primas

Descripción : La frecuencia con la que se realizan los pagos de la prima, como mensual, trimestral, semestral o anual . [9].

Ejemplo : un asegurado decide pagar la prima de su seguro de vida mensualmente en lugar de anualmente.

Más información : Modalidad Premium - Investopedia

F. No duplicación y coordinación de beneficios (por ejemplo, primarios vs. excedentes)

Descripción : La coordinación de beneficios garantiza que cuando una persona está cubierta por múltiples planes de seguro, los beneficios se coordinen para evitar el sobreseguro o la duplicación de beneficios [10].

Ejemplo : Si una persona tiene dos planes de seguro de salud, uno se designará como principal y el otro como secundario para garantizar que los beneficios totales no excedan los gastos médicos reales.

Más información : Coordinación de beneficios - ADA

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

G. Ocupacional vs. No ocupacional

Descripción : El seguro ocupacional cubre las lesiones o enfermedades que ocurren en el trabajo, mientras que el seguro no ocupacional cubre las que ocurren fuera del trabajo [11].

Ejemplo : La compensación laboral es un ejemplo de seguro ocupacional, mientras que una póliza de seguro de salud estándar puede brindar cobertura no ocupacional.

Más información : Seguros ocupacionales y no ocupacionales - Study.com

H. Tratamiento fiscal de las primas y los ingresos de los contratos de seguros (por ejemplo, ingresos por discapacidad y gastos médicos, etc.)

Descripción : El tratamiento fiscal de las primas y los beneficios de los seguros varía según el tipo de seguro y las circunstancias específicas. Por lo general, los beneficios por fallecimiento de los seguros de vida están exentos de impuestos, mientras que los beneficios por discapacidad pueden estar sujetos a impuestos [4].

Ejemplo : Los beneficios por fallecimiento del seguro de vida que reciben los beneficiarios normalmente no están sujetos al impuesto federal sobre la renta.

Más información : Tratamiento fiscal de los seguros - IRS.gov

I. Atención médica administrada

Descripción : Los planes de atención administrada son planes de seguro médico que tienen contratos con proveedores de atención médica e instalaciones médicas para brindar atención a los miembros a costos reducidos. Estos planes incluyen planes HMO, PPO y POS [4].

Ejemplo : Un plan HMO requiere que los miembros elijan un médico de atención primaria y obtengan referencias para ver a especialistas.

J. Compensación de los trabajadores

Descripción : La compensación laboral es una forma de seguro que brinda reemplazo de salario y beneficios médicos a los empleados lesionados en el curso del empleo [4].

Ejemplo : Un empleado que sufre una lesión en el trabajo recibe tratamiento médico y una parte de su salario perdido a través del seguro de compensación laboral.

Más información : Compensación de trabajadores - Departamento de Trabajo de EE. UU.

K. Subrogación

Descripción : La subrogación es el proceso mediante el cual una compañía de seguros busca el reembolso de la parte responsable por un reclamo que ya ha pagado [4].

Ejemplo : Si una compañía de seguros paga por daños causados por un tercero, puede intentar recuperar esos costos del tercero.

Más información : Subrogación – Investopedia

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

V. PROCEDIMIENTOS DE SUSCRIPCIÓN DE CAMPO

A. Completar la solicitud

Descripción : Para completar una solicitud de seguro de vida es necesario recopilar información personal, financiera y médica del solicitante. Esta información ayuda a la aseguradora a evaluar el riesgo y determinar las tarifas de la prima.

Ejemplo : Un solicitante proporciona detalles sobre su edad, ocupación, historial de salud y hábitos de estilo de vida.

Más información : Guía de MarketWatch para completar una solicitud de seguro de vida [1].

B. Explicación de las fuentes de asegurabilidad y privacidad de HIPAA

Descripción : Las aseguradoras utilizan diversas fuentes para verificar la asegurabilidad de un solicitante, como el informe de la Oficina de Información Médica (MIB) y los informes crediticios. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) garantiza la privacidad y seguridad de la información médica.

Ejemplo : Una aseguradora puede solicitar una declaración del médico tratante (APS) para obtener un historial médico detallado.

Más información : Resumen de la regla de privacidad de HIPAA [2].

C. Pago inicial de la prima y recibo y consecuencias del recibo

Descripción : El pago inicial de la prima suele exigirse al presentar la solicitud. Se puede emitir un recibo, como un recibo condicional, que puede proporcionar cobertura temporal hasta que se apruebe o rechace la póliza.

Ejemplo : Un solicitante paga la primera prima y recibe un recibo condicional, que le proporciona cobertura si cumple con los requisitos de suscripción.

Más información : Investopedia sobre el recibo vinculante condicional [3].

D. Presentación de la solicitud (y prima inicial, si se cobra) a la compañía para su suscripción

Descripción : Después de completar la solicitud y cobrar la prima inicial, la solicitud se envía a la compañía de seguros para su suscripción. El asegurador evalúa el riesgo y decide si aprueba la póliza.

Ejemplo : Un agente envía la solicitud y la prima inicial a la aseguradora, quien luego revisa los registros médicos del solicitante y otra información.

Más información : La cebra en la suscripción de seguros de vida [4].

E. Ejecución de la política

Descripción : Una vez aprobada la póliza, se entrega al asegurado. La fecha de entrega es importante ya que marca el inicio de la cobertura y el período de prueba gratuito.

Ejemplo : Un agente entrega la póliza al asegurado, quien luego tiene un período determinado para revisarla y devolverla si no está satisfecho.

Más información : Principal Financial Group sobre la ejecución de políticas [5].

F. Explicación de la póliza y sus disposiciones, cláusulas adicionales, exclusiones y calificaciones a los clientes

Descripción : El agente explica los detalles de la póliza, incluidas sus disposiciones, cláusulas adicionales (beneficios adicionales), exclusiones (lo que no está cubierto) y calificaciones (ajustes de primas en función del riesgo).

Ejemplo : Un agente le explica a un cliente que su póliza incluye una cláusula adicional por muerte accidental pero excluye la cobertura para ciertas actividades de alto riesgo.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

G. Reemplazo

Descripción : El reemplazo implica cancelar una póliza existente y comprar una nueva. Este proceso está regulado para proteger a los consumidores de reemplazos innecesarios que pueden no ser lo mejor para ellos.

Ejemplo : un asegurado reemplaza su póliza actual por una nueva que ofrece mejor cobertura y primas más bajas.

Más información : Investopedia sobre reemplazo de seguro de vida [7].

H. Derecho contractual

1. Elementos de un contrato

Descripción : Un contrato válido debe tener una oferta y aceptación, una contraprestación, partes competentes y un propósito legal.

Ejemplo : Una póliza de seguro es un contrato en el que la aseguradora promete pagar un beneficio por muerte a cambio del pago de una prima.

Más información : Insuranceopedia sobre Elementos de un contrato de seguro [8].

2. Interés asegurable

Descripción : Interés asegurable significa que el tomador del seguro debe tener un interés legítimo en la vida continua del asegurado.

Ejemplo : Un cónyuge tiene un interés asegurable en la vida de su pareja.

Más información : ThinkAdvisor sobre interés asegurable [9].

3. Garantías y representaciones

Descripción : Las garantías son declaraciones que se garantiza que son verdaderas, mientras que las representaciones son declaraciones que se cree que son verdaderas según el leal conocimiento del solicitante.

Ejemplo : Un solicitante declara que no fuma (representación) y garantiza que su edad es correcta (garantía).

Más información : Insuranceopedia sobre garantías y representaciones [8].

4. Aspectos singulares del contrato de seguro

Descripción : Los contratos de seguro tienen características únicas como ser condicionales, unilaterales, contratos de adhesión y aleatorios.

Ejemplo : Un contrato de seguro es unilateral porque sólo el asegurador hace una promesa legalmente exigible.

Más información : Henssler Financial sobre las obligaciones contractuales del seguro de vida [10].

Aspectos singulares del contrato de seguro

a. Condicional

Descripción : Un contrato de seguro es condicional porque la obligación del asegurador de pagar una reclamación depende de la ocurrencia de un evento específico y del cumplimiento de ciertas condiciones por parte del asegurado.

Ejemplo : si un asegurado presenta una reclamación por un accidente automovilístico, la aseguradora solo pagará si el accidente está cubierto por la póliza y el asegurado ha cumplido todas las condiciones, como pagar las primas y reportar el accidente rápidamente.

b. Unilateral

Descripción : Un contrato unilateral es aquel en el que sólo una de las partes, la aseguradora, hace una promesa legalmente exigible. El asegurado no hace ninguna promesa, pero debe cumplir ciertas condiciones, como el pago de primas, para mantener la póliza en vigor.

Ejemplo : En una póliza de seguro de vida, la aseguradora se compromete a pagar un beneficio por fallecimiento si el asegurado muere durante el plazo de la póliza, siempre que se hayan pagado las primas.

Más información : Contratos unilaterales en seguros [2].

c. Adhesión

Descripción : Un contrato de adhesión es un contrato redactado por la aseguradora, en el que el asegurado tiene poca o ninguna capacidad para negociar los términos. El asegurado debe aceptar el contrato tal como está o no aceptarlo en absoluto.

Ejemplo : Al comprar una póliza de seguro de automóvil estándar, el asegurado debe aceptar los términos establecidos por la aseguradora sin negociación.

Más Información : Contrato de Seguro de Adhesión [3].

d. Aleatorio

Descripción : Un contrato aleatorio es aquel en el que el cumplimiento de una o ambas partes depende de un evento incierto. En el ámbito de los seguros, esto significa que la aseguradora solo paga si se produce un evento específico, como una pérdida o una muerte.

Ejemplo : Una póliza de seguro de propietario es aleatoria porque la aseguradora solo paga si hay daños en la casa debido a un riesgo cubierto, como un incendio.

Más información : Contrato aleatorio en seguros [4] .

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

VI. LEYES, REGLAS Y REGLAMENTOS DE GEORGIA RELATIVOS AL SEGURO DE VIDA, ACCIDENTE Y ENFERMEDAD

A. Departamento de Seguros y Comisionado

1. Amplios poderes y deberes

El Comisionado de Seguros de Georgia tiene amplios poderes y deberes, entre ellos, regular a las compañías de seguros, garantizar el cumplimiento de las leyes estatales y proteger a los consumidores. El Comisionado puede emitir normas y reglamentos, realizar investigaciones y aplicar sanciones.

Ejemplo : El Comisionado puede revocar la licencia de una compañía de seguros si viola las leyes estatales.

Más información : Código de Georgia § 33-2-1 a 6; 9 a 32

2. Examen de expedientes

El Comisionado tiene la autoridad de examinar los registros de las compañías de seguros para garantizar el cumplimiento de las leyes estatales. Esto incluye revisar los estados financieros, los registros de los asegurados y otros documentos pertinentes.

Ejemplo : Se le puede exigir a una compañía de seguros que presente sus registros financieros para su examen a fin de verificar su solvencia.

Más información : Código de Georgia § 33-2-10 a 13

3. Investigaciones/Notificación de audiencia

El Comisionado puede realizar investigaciones sobre posibles violaciones de las leyes de seguros y emitir avisos de audiencias para abordar estas cuestiones.

Ejemplo : Si se sospecha que una compañía de seguros ha cometido fraude, el Comisionado puede investigar y celebrar una audiencia para determinar la acción apropiada.

Si, después de una audiencia, el Comisionado determina que la persona acusada ha participado en un método de competencia desleal o en un acto o práctica desleal o engañosa, el Comisionado enviará a la persona una copia escrita de las violaciones y una **orden de cese y desistimiento** que requiera que la persona deje de participar en dicho método de competencia, acto, práctica o violación. El Comisionado también puede imponer una o más de las siguientes sanciones:

- Una multa monetaria de hasta $1,000 por cada infracción, o $5,000 por infracciones intencionales, cuando una persona sabía o razonablemente debería haber sabido que estaba cometiendo una infracción;
- Suspensión o revocación de la licencia de la persona si la persona ha cometido la infracción a sabiendas; o

Cualquier otro alivio que sea razonable y apropiado.

Más información : Código de Georgia § 33-6-6

4. Sanciones

El Comisionado puede imponer sanciones a las compañías de seguros y a los agentes por infringir las leyes estatales. Las sanciones pueden incluir multas, suspensión o revocación de la licencia.

Ejemplo : Un agente de seguros declarado culpable de fraude puede enfrentarse a multas y a la revocación de su licencia.

Más información : Código de Georgia § 33-6-9

B. Definiciones generales de seguros

1. Nacional, extranjero y extranjero

- **Aseguradora nacional** : una aseguradora constituida conforme a las leyes de Georgia.
- **Aseguradora extranjera** : una aseguradora formada bajo las leyes de otro estado dentro de los EE. UU.
- **Aseguradora extranjera** : una aseguradora formada bajo las leyes de un país distinto de los EE. UU.

Ejemplo : Una compañía de seguros con sede en Georgia es una aseguradora nacional en Georgia pero una aseguradora extranjera en Florida.

Más información : Código de Georgia § 33-3-1

2. Acciones y Mutualidades

- **Compañía de seguros de acciones** : propiedad de accionistas que pueden recibir dividendos.
- **Compañía de seguros mutuos** : propiedad de los asegurados, quienes pueden recibir dividendos.

Ejemplo : State Farm es una compañía de seguros mutuos, mientras que Allstate es una compañía de seguros por acciones.

Más información : Código de Georgia § 33-14-2

3. Autorizado/No autorizado y certificado de autoridad

- **Aseguradora autorizada** : una aseguradora con un certificado de autoridad para operar en Georgia.
- **Asegurador no autorizado** : Un asegurador sin certificado de autoridad.

Ejemplo : Una aseguradora debe obtener un certificado de autoridad del Comisionado para vender seguros legalmente en Georgia.

Más información : Código de Georgia § 33-3-2 a 5; 33-3-13 a 30

4. Transacción de seguros / Transacción comercial

La transacción de seguros incluye actividades tales como solicitar, negociar y vender pólizas de seguro.

Ejemplo : Un agente de seguros que se reúne con un cliente para discutir opciones de pólizas está realizando una transacción de seguro.

Más información : Código de Georgia § 33-1-2

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

C. Licencias de agentes y consejeros

1. Responsabilidad del agente

Los agentes de seguros deben actuar en el mejor interés de sus clientes, proporcionar información precisa y cumplir con las leyes estatales.

Ejemplo : Un agente debe revelar todos los detalles de la póliza a un cliente y asegurarse de que comprenda los términos.

Más información : Licencias de agentes y agencias

2. Mantenimiento de la licencia

Los agentes deben renovar sus licencias periódicamente y completar los requisitos de educación continua.

Ejemplo : Un agente de seguros debe completar una cierta cantidad de horas de educación continua cada dos años para mantener su licencia.

Más información : Licencias y renovaciones de agentes

3. Revocación, suspensión, denegación o negativa de renovación de la licencia

El Comisionado puede revocar, suspender, denegar o negarse a renovar la licencia de un agente por violaciones a las leyes estatales.

Ejemplo : A un agente declarado culpable de prácticas poco éticas se le puede revocar la licencia.

Más información : Código de Georgia, Título 33, Capítulo 23

4. Licencia temporal

Se puede emitir una licencia temporal a una persona en determinadas circunstancias, como por ejemplo en caso de muerte de un agente.

Ejemplo : Se puede otorgar una licencia temporal al cónyuge de un agente fallecido para continuar con el negocio.

Más información : Información sobre licencia temporal

5. Licencia de no residente

Las licencias para no residentes se emiten a agentes que tienen licencia en otro estado pero desean operar en Georgia.

Ejemplo : Un agente con licencia en Florida puede solicitar una licencia de no residente para vender seguros en Georgia.

Más información : Información sobre licencias para no residentes

6. Licencia de consejero

Los asesores de seguros brindan asesoramiento sobre pólizas de seguros y deben tener licencia para hacerlo.

Ejemplo : Un asesor de seguros autorizado puede ayudar a los clientes a elegir las mejores pólizas de seguro para sus necesidades.

Más información : Información sobre la licencia de consejero

D. Prácticas comerciales desleales

1. Reembolso

El reembolso implica devolver una parte de la prima o de la comisión del agente al asegurado u ofrecer cualquier otro incentivo no especificado en la póliza.

Ejemplo : Un agente ofrece a un cliente una parte de su comisión como reembolso para incentivarlo a comprar una póliza.

Es ilegal pagar, ofrecer o aceptar cualquiera de los siguientes como **incentivo** para comprar un seguro:

- Cualquier favor o ventaja especial en dividendos o beneficios;
- Cualquier acción, bono, valor o dividendos o ganancias acumuladas; o
- Cualquier cosa de valor no especificada en el contrato de seguro.

En Georgia, la reglamentación sobre incentivos ilícitos no se aplica a los programas publicitarios o promocionales de la aseguradora en los que se puede regalar a los asegurados o posibles asegurados artículos de mercadería, premios, tarjetas de regalo de tiendas, certificados de regalo o entradas para eventos deportivos cuyo valor no supere **los $100** por persona en un año calendario, siempre que la entrega del artículo de valor no esté supeditada a la venta o renovación de una póliza.

Más información : Código de Georgia § 33-6-4 y 5

2. Difamación

La difamación en seguros implica hacer declaraciones falsas o maliciosamente críticas sobre la situación financiera o las prácticas comerciales de una aseguradora.

Ejemplo : Un agente difunde rumores falsos sobre la inestabilidad financiera de un competidor para ganar negocios.

Más información : Código de Georgia § 33-6-4

3. Discriminación injusta

La discriminación injusta ocurre cuando las aseguradoras hacen distinciones entre individuos de la misma clase y riesgo sin una razón válida.

Ejemplo : Cobrar primas diferentes a personas de la misma edad y estado de salud sin una razón justificada.

Más información : Código de Georgia § 33-6-4

4. Tergiversación

La tergiversación implica proporcionar información falsa o engañosa sobre los términos, beneficios o ventajas de una póliza de seguro.

Ejemplo : Un agente exagera los beneficios de una póliza para realizar una venta.

Más información : Código de Georgia § 33-6-4

5. Torcer y agitar

- **Torsión** : inducir a un asegurado a dejar de pagar o cambiar de póliza mediante declaraciones falsas.
- **Churning** : Sustitución de políticas dentro de la misma empresa para ganar comisiones adicionales.

Ejemplo : Un agente convence a un cliente de cambiar a una nueva póliza afirmando falsamente que ofrece mejores beneficios.

Más información : Código de Georgia § 33-6-34

6. Publicidad

La publicidad de seguros debe ser veraz y no engañosa. Debe brindar información clara y precisa sobre la póliza.

Ejemplo : Un anuncio afirma falsamente que una póliza cubre todos los gastos médicos sin exclusiones.

Publicidad

Los anuncios de pólizas de seguro contra accidentes o enfermedades deben ser precisos y suficientemente completos y claros para evitar el engaño o la capacidad o tendencia a engañar o confundir. Los anuncios deben ser **veraces y no engañosos** en los hechos ni en las implicaciones y deben indicar de manera clara y precisa los límites en dólares y los límites de tiempo de los beneficios, cuando corresponda.

Los anuncios de pólizas que brindan beneficios únicamente en caso de enfermedades o accidentes específicos deben indicar de manera clara y visible en letras prominentes la naturaleza limitada de la póliza. Si una póliza brinda diferentes beneficios por la misma pérdida que ocurre en diferentes circunstancias o por diferentes causas, los beneficios menores pagaderos deben recibir la misma importancia que los mayores.

Todas las pólizas anunciadas deben estar identificadas con nombres que describan razonablemente su contenido; *por ejemplo* , Póliza de Gastos Hospitalarios y Quirúrgicos, Póliza de Ingresos Hospitalarios o Póliza de Ingresos por Discapacidad.

Todo beneficio opcional anunciado debe estar etiquetado como tal y debe exhibirse de manera destacada y visible junto con las condiciones para calificar para los beneficios. El anuncio debe informar que se puede cobrar una prima adicional por cada beneficio opcional.

Los anuncios deben incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del domicilio u oficina principal del representante autorizado de la aseguradora más cercano.

Cualquier anuncio que haga referencia al "Seguro complementario de Medicare" o a una cobertura diseñada para complementar "Medicare" debe contener una declaración clara, destacada y visible en un lenguaje idéntico o sustancialmente igual al siguiente: "ESTA ES UNA PÓLIZA LIMITADA DISEÑADA PARA CUBRIR SOLAMENTE AQUELLOS GASTOS QUE MEDICARE NO CUBRE".

Cualquier anuncio que haga referencia a los beneficios máximos pagados por cualquier período mayor a un día debe revelar al mismo tiempo la tarifa diaria de los beneficios y, cuando corresponda, el hecho de que los beneficios son pagaderos solo por el número real de días de internación hospitalaria y, cuando corresponda, el límite en el número de días para los cuales se proporciona cobertura.

Testimonios

Los testimonios utilizados en los anuncios deben ser genuinos, representar la opinión actual del autor, ser aplicables a la política anunciada y reproducirse con precisión.

Si la persona que hace el testimonio tiene un interés financiero en la aseguradora o una entidad relacionada, esto debe revelarse de manera destacada en el anuncio.

Si una persona recibe una compensación por hacer un testimonio, esto debe revelarse de manera destacada en el anuncio con un lenguaje idéntico o similar al siguiente: "ESTE ES UN RESPALDO PAGADO".

Más información : Código de Georgia § 33-6-35

7. Coerción

La coerción implica el uso de fuerza o amenazas para obligar a alguien a comprar un seguro.

Ejemplo : Un agente amenaza con cancelar la póliza existente de un cliente a menos que compre una póliza adicional.

Es ilegal participar en cualquier actividad de coerción que tenga como objetivo restringir el comercio justo o crear un monopolio. **La coerción** es una práctica comercial desleal en la que un agente utiliza fuerza física o mental con la intención de inducir a un solicitante a comprar un seguro.

Más información : Código de Georgia § 33-9-36

8. Negocio controlado

El negocio controlado se refiere a un seguro escrito principalmente para los propios intereses del agente o los de su familia o empleador.

Ejemplo : Un agente escribe la mayoría de sus pólizas para los miembros de su propia familia.

Un negocio controlado es cualquier cobertura suscrita sobre la vida, la salud o la propiedad del propio productor, y/o la de su familia inmediata o sus asociados comerciales. Un licenciatario no puede cobrar comisiones sobre negocios controlados por encima del límite especificado por el estado. En el estado de Georgia, no se emitirá una licencia a una persona si se determina que el propósito principal de la licencia es suscribir negocios controlados. **No se puede emitir más del 25 %** del volumen de seguros del agente por año calendario sobre negocios controlados.

Más información : Código de Georgia § 33-23-1

9. Prácticas desleales de reclamaciones

Las prácticas de reclamos injustos incluyen acciones como retrasar el pago de reclamos, negar reclamos sin una razón válida o no investigar los reclamos adecuadamente.

Ejemplo : Una aseguradora retrasa el pago de una reclamación legítima sin proporcionar una razón válida.

Más información : Código de Georgia § 33-6-34

10. Fraude

El fraude de seguros implica prácticas engañosas para obtener una ventaja injusta, como presentar reclamos falsos o proporcionar información falsa en una solicitud.

Ejemplo : Un asegurado presenta una reclamación falsa por daños que nunca ocurrieron.

Más información : Código de Georgia § 33-6-4

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

E. Informes y disposición de primas

1. Responsabilidad fiduciaria

Los agentes tienen la responsabilidad fiduciaria de manejar las primas y otros fondos de manera confiable, garantizando que se utilicen adecuadamente y no para beneficio personal.

Ejemplo : Un agente debe depositar las primas de sus clientes en una cuenta fiduciaria separada y no utilizarlas para gastos personales.

Más información : Código de Georgia § 33-23-35

2. Mezcla

La mezcla se produce cuando un agente mezcla fondos personales con primas de clientes, lo cual está prohibido.

Ejemplo : Un agente deposita las primas de sus clientes en su cuenta bancaria personal.

Más información : Código de Georgia § 33-23-35

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

F. Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia

La Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia protege a los asegurados en caso de que una compañía de seguros se declare insolvente. Brinda cobertura para pólizas de vida, salud y anualidades hasta ciertos límites.

Ejemplo : si una compañía de seguros se declara en quiebra, la asociación garantiza que los asegurados sigan recibiendo sus beneficios hasta los límites cubiertos.

Más información : Código de Georgia § 33-38-1 a 10

CÓDIGO DE GA § 33-38-1: Propósito

Resumen : En esta sección se describe el propósito del capítulo, que es proteger a los asegurados contra el incumplimiento de las aseguradoras de sus obligaciones contractuales debido a insolvencia o deterioro. Se establece una asociación de aseguradoras miembros para garantizar el pago de los beneficios y la continuidad de la cobertura.

Ejemplo : si una compañía de seguros que ofrece seguros de vida se declara insolvente, la asociación interviene para garantizar que los asegurados sigan recibiendo sus beneficios.

CÓDIGO DE GA § 33-38-2: Alcance

Resumen : Esta sección define los tipos de pólizas y contratos que cubre este capítulo, incluidos los seguros de vida directos, no colectivos, de salud y las rentas vitalicias. Especifica las personas que reúnen los requisitos para recibir cobertura.

Ejemplo : Una persona que tenga una póliza de seguro de salud directa, no grupal, de una aseguradora miembro estaría cubierta por este capítulo si la aseguradora se vuelve insolvente.

CÓDIGO DE GA § 33-38-3: Construcción

Resumen : Esta sección establece que el capítulo debe interpretarse para llevar a cabo su propósito según se describe en el § 33-38-1.

Ejemplo : En disputas legales, las interpretaciones de este capítulo deben favorecer la protección de los asegurados tal como lo pretende el propósito del capítulo.

CÓDIGO DE GA § 33-38-4: Definiciones

Resumen : Esta sección proporciona definiciones de términos utilizados en el capítulo, como “cuenta”, “afiliado” y “evaluación autorizada”.

Ejemplo : “Cuenta” se refiere a las dos cuentas creadas según el § 33-38-5, que se utilizan para fines administrativos y de evaluación.

CÓDIGO DE GA § 33-38-5: Creación; Membresía requerida; Funciones y poderes

Resumen : Esta sección establece la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia, describe su membresía requerida y detalla sus funciones y poderes.

Ejemplo : Todas las aseguradoras de vida y salud que operan en Georgia deben ser miembros de esta asociación y contribuir a su financiación.

CÓDIGO DE GA § 33-38-6: Miembros de la Junta Directiva; Vacantes; Compensación y Reembolso de Gastos

Resumen : En esta sección se describe la composición de la junta directiva de la asociación, cómo se cubren las vacantes y las reglas de compensación y reembolso de gastos.

Ejemplo : La junta está compuesta de 7 a 11 miembros seleccionados por el Comisionado de una lista proporcionada por la junta.

CÓDIGO DE GA § 33-38-7: Poderes y deberes de la Asociación

Resumen : Esta sección describe los poderes y deberes de la asociación, incluyendo garantizar beneficios, brindar cobertura y ayudar en la detección y prevención de deficiencias de las aseguradoras.

Ejemplo : La asociación puede adoptar políticas alternativas para garantizar la cobertura continua de los asegurados de una aseguradora insolvente.

CÓDIGO DE GA § 33-38-8: Presentación del plan de operaciones; contenido; cumplimiento de dicho plan

Resumen : Esta sección requiere que la asociación presente un plan de operaciones al Comisionado para su aprobación, detallando cómo se administrará la asociación.

Ejemplo : El plan podría incluir procedimientos para evaluar a las aseguradoras miembros y manejar reclamos.

CÓDIGO DE GA § 33-38-9: Delegación de poderes y deberes de la Asociación

Resumen : Esta sección permite a la asociación delegar sus poderes y deberes a una organización similar, con la aprobación de la junta directiva y del Comisionado.

Ejemplo : La asociación podría delegar sus responsabilidades a una asociación de garantía nacional si ésta ofrece protecciones similares.

CÓDIGO DE GA § 33-38-10: Deberes y poderes del comisionado

Resumen : Esta sección detalla deberes y poderes adicionales del Comisionado, tales como proporcionar declaraciones de primas y exigir a las aseguradoras que compensen las deficiencias.

Ejemplo : Si se declara que una aseguradora está en situación de insolvencia, el Comisionado puede exigir que la aseguradora corrija dicha situación dentro de un plazo razonable.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

VII. Normas y códigos de Georgia aplicables únicamente al seguro de accidentes y enfermedades

A. Seguros de accidentes y enfermedades individuales y colectivos

Estas regulaciones cubren los requisitos para las pólizas de seguro de accidentes y enfermedades individuales y grupales, incluidas las disposiciones de la póliza, los beneficios y las exclusiones.

Ejemplo : Las pólizas deben incluir beneficios específicos y no pueden excluir la cobertura de ciertas condiciones preexistentes.

El seguro de accidentes y enfermedades se proporciona mediante una póliza que asegura a una persona y sus dependientes.

Es ilegal que los contratos contengan disposiciones que excluyan o reduzcan la cobertura de una persona asegurable únicamente porque dicha persona es elegible o recibe asistencia médica.

Los formularios básicos de póliza de seguro o formularios de solicitud deben presentarse ante el Comisionado para su aprobación al menos **90 días antes de su uso** . Al final de los 90 días, el formulario se considerará aprobado, a menos que haya sido aprobado o desaprobado previamente. El Comisionado puede extender el período de aprobación por 90 días, pero debe dar aviso antes del final del período de aprobación inicial. Al final de la extensión, el formulario se considerará aprobado, a menos que haya sido aprobado o desaprobado previamente.

Toda póliza individual de accidentes y enfermedades debe contemplar un **período de prueba gratuito de 10 días** que permita al titular de la póliza devolver la póliza si no está satisfecho por cualquier motivo. Tras la devolución de la póliza, la aseguradora deberá reembolsar cualquier prima pagada y la póliza se considerará nula desde su inicio.

Disposiciones opcionales

Una aseguradora podrá, a su elección, incluir cualquiera de las siguientes disposiciones opcionales:

- **Cambio de ocupación** : si el asegurado cambia de ocupación, al momento de presentar un reclamo, la aseguradora reducirá los beneficios a lo que las primas pagadas habrían adquirido asumiendo la ocupación más peligrosa o reducirá la prima y devolverá el exceso de la prima prorrateada no devengada si el cambio es a una ocupación menos peligrosa.

- **Declaración errónea de edad** : la aseguradora ajustará el monto a pagar según la póliza de acuerdo con lo que la prima pagada habría comprado a la edad correcta del asegurado.
- **Otros seguros de esta aseguradora** : si un asegurado tiene varias pólizas con la misma compañía y la cobertura total excede el límite máximo de indemnización,
  - El seguro excedente será nulo y la aseguradora devolverá todas las primas pagadas por el excedente; o
  - El asegurado puede elegir qué póliza permanecerá vigente y la aseguradora le devolverá todas las primas pagadas por todas las demás pólizas.
- **Relación entre los ingresos y el seguro** : la aseguradora puede limitar los beneficios del asegurado en función de sus ingresos mensuales promedio de los 2 años anteriores.
- **Prima no pagada** : al pagar una reclamación, cualquier prima no pagada que se deba a la aseguradora se deducirá del beneficio.
- **Devolución de la prima en caso de cancelación** : si el asegurado cancela una póliza, la prima devengada se calculará sobre una base de tarifa a corto plazo.
- **Conformidad con los estatutos estatales** : cualquier disposición que esté en conflicto con los estatutos del estado en el que reside el asegurado será modificada para cumplir con los requisitos mínimos de los estatutos.
- **Ocupación ilegal** : la aseguradora no es responsable de ninguna pérdida sufrida como resultado de la comisión o intento de comisión de un delito por parte del asegurado, ni de ninguna pérdida a la que contribuya la participación del asegurado en una ocupación ilegal.
- **Intoxicantes y narcóticos** : la aseguradora no es responsable de ninguna pérdida sufrida como resultado de que el asegurado esté intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico no recetado.
- **Cancelación de pólizas de accidentes de viaje** : la aseguradora se reserva el derecho de cancelar la póliza por razones permitidas con el aviso requerido, como se especifica en el Código de Seguros.

Toda aseguradora autorizada que emita pólizas individuales de accidentes y enfermedades en el estado de Georgia debe poner a disposición las siguientes coberturas, ya sea como parte de la póliza o como un complemento opcional:

- Trasplantes de corazón humano, incluidos los gastos de adquisición, transporte o donación de un corazón humano. La cobertura debe ser al menos tan amplia como el tratamiento de cualquier otra enfermedad física cubierta por la póliza.
- Cobertura para mamografías y pruebas de Papanicolaou:
  - Una mamografía de referencia para cualquier mujer entre 35 y 40 años;
  - Una mamografía cada 2 años para cualquier mujer entre 40 y 50 años;
  - Mamografía anual para cualquier mujer que tenga al menos 50 años de edad; y

- Siempre que lo ordene un médico.

- Cobertura para pruebas anuales de antígeno prostático específico para hombres cubiertos que tengan 45 años de edad o más, o para hombres cubiertos que tengan 40 años de edad o más si lo solicita un médico.

- Cobertura para trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin.

- Cobertura básica para servicios de bienestar infantil para un niño asegurado desde el nacimiento hasta los 5 años.

Seguro de grupo

El seguro colectivo de accidentes y enfermedades es una póliza que cubre a un grupo de empleados, miembros de una asociación u otro grupo elegible, con o sin cobertura de uno o más miembros de su familia inmediata. Se aplican las siguientes estipulaciones:

- Una póliza emitida a un **empleador** que es el titular de la póliza asegura al menos a dos empleados de dicho empleador (sin incluir al empleador);

- Una póliza emitida a una **asociación** , incluido un sindicato, que tiene una constitución y estatutos y que fue organizada para un propósito distinto al de obtener un seguro, asegura al menos a 10 miembros;

- Una póliza emitida a **los fideicomisarios de un fondo** establecido por dos o más empleadores de la misma industria, por uno o más sindicatos, por uno o más empleadores y uno o más sindicatos, o por una asociación, de la cual los fideicomisarios son los titulares de la póliza, para asegurar no menos de 10 personas en su grupo aplicable;

- Una póliza emitida a un **acreedor** donde el acreedor es el titular de la póliza asegura a los hipotecados del acreedor y debe redactarse en relación con una transacción de crédito que esté garantizada por una primera hipoteca o escritura de fideicomiso;

- Una póliza emitida a una **entidad legal** que proporciona un acuerdo de bienestar para empleadores múltiples (MEWA), lo que significa cualquier plan de beneficios para empleados establecido o mantenido con el propósito de ofrecer o proporcionar beneficios por accidentes y enfermedades a los empleados de dos o más empleadores; o

- Una póliza de grupo a discreción del Comisionado.

Disposiciones requeridas

La ley de Georgia exige que las pólizas colectivas de accidentes y enfermedades incluyan las siguientes disposiciones:

- Todas las declaraciones hechas por el asegurado se considerarán representaciones y no garantías.

- La aseguradora debe entregar certificados al tomador del seguro, quien está obligado a distribuirlos a cada asegurado. Los certificados deben indicar la protección

del seguro a la que tiene derecho la persona y a quién se le deben pagar los beneficios del seguro.

- Los empleados, miembros o dependientes recientemente elegibles podrán agregarse al grupo originalmente asegurado de acuerdo con los términos de la póliza.
- Los hijos dependientes de un asegurado continuarán asegurados hasta los 26 años de edad siempre que la cobertura del afiliado continúe vigente.
- Las pólizas grupales tienen un período de gracia de 31 días para el pago de cualquier prima vencida excepto la primera.

Grupos pequeños

La ley de Georgia define **a un "grupo pequeño"** como un grupo de **al menos 2 y no más de 50** empleados, miembros o afiliados. Las aseguradoras pueden agrupar las experiencias de reclamos producidas por los grupos pequeños que cubren para fines de calificación.

La calificación inicial y de renovación de cada grupo pequeño podrá considerar los siguientes factores:

- Edad;
- Sexo,
- Tamaño;
- Área;
- Industria; y
- Factores ocupacionales y vocacionales.

Todo miembro del grupo que haya tenido cobertura acreditable en virtud de otro plan de beneficios de salud en los 90 días anteriores podrá recibir cobertura inmediatamente después de completar cualquier período de espera. Una vez que finalice la cobertura acreditable, la aseguradora debe ofrecer una póliza de conversión al miembro del grupo que cumpla los requisitos.

Políticas generales

El seguro general de accidentes y enfermedad cubre grupos especiales:

- Pasajeros de un medio de transporte común;
- Trabajadores que ejercen una profesión peligrosa;
- Estudiantes/campistas y profesores/supervisores de una institución educativa o campamento;
- Miembros de cualquier organización religiosa, caritativa, recreativa, educativa o cívica;
- Miembros, funcionarios y supervisores de un equipo deportivo; o
- Miembros de un grupo expuesto a riesgos o clases de riesgos que el Superintendente apruebe.

Más información: Reglamentos 100-2-10 a 12; Código de Georgia § 33-29-1 a 22; 33-30-30-1 a 15

Regla 120-2-10-.01: Políticas de participación en las utilidades

Resumen : Esta regla prohíbe la venta o aprobación de pólizas de seguro que permitan a los asegurados participar en distribuciones futuras de ganancias corporativas generales a menos que se cumplan condiciones específicas.

Ejemplo : Una compañía de seguros no puede vender una póliza de seguro de vida que prometa a los asegurados una parte de las ganancias futuras de la compañía a menos que cumpla con los requisitos establecidos en esta regla.

Regla 120-2-10-.02: Pólizas con cupones o pólizas con beneficios de dotación anual pura

Resumen : Esta regla restringe la venta de pólizas que incluyen beneficios puramente dotacionales durante el período de pago de primas, a menos que cumplan con ciertos criterios.

Ejemplo : Una póliza que ofrece beneficios anuales de dotación pura a través de cupones debe cumplir con requisitos específicos para ser aprobada para su venta en Georgia.

Regla 120-2-10-.03: Pólizas médicas o quirúrgicas - Cobertura ambulatoria

Resumen : Esta regla exige que las pólizas médicas o quirúrgicas incluyan disposiciones para reembolsar a los asegurados los procedimientos cubiertos realizados de forma ambulatoria.

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud debe cubrir el costo de una cirugía menor realizada en una clínica ambulatoria, según se especifica en la póliza.

Regla 120-2-10-.04: Términos engañosos prohibidos

Resumen : Esta regla prohíbe el uso de términos engañosos en pólizas de seguro o materiales de marketing que puedan engañar a los compradores haciéndoles creer que están recibiendo algo más que una póliza de seguro.

Ejemplo : Una compañía de seguros no puede utilizar términos como “Plan Fundador” o “Póliza Charter” de manera que engañe a los clientes haciéndoles creer que están obteniendo beneficios especiales que no están disponibles para otros.

Regla 120-2-10-.05: Descripción de las primas como “depósitos”, “ahorros” o “inversiones”

Resumen : Esta regla prohíbe describir las primas de seguro utilizando términos como “depósitos”, “ahorros” o “inversiones” a menos que se cumplan condiciones específicas.

Ejemplo : Una compañía de seguros no puede anunciar que las primas de las pólizas son “inversiones” a menos que explique claramente que en realidad son primas de seguro.

Regla 120-2-10-.06: Requisitos de presentación de formularios de vida y salud

Resumen : Esta regla describe los requisitos para presentar formularios de seguro de vida y salud para su aprobación, garantizando el cumplimiento de las secciones pertinentes del Código de Seguros de Georgia.

Ejemplo : Una compañía de seguros debe presentar sus nuevos formularios de póliza de seguro de salud por duplicado para su aprobación, siguiendo las pautas establecidas en esta regla.

Regla 120-2-10-.07: Agentes, pagos por proporcionar pistas y referencia a reglamentos

Resumen : Esta regla regula el pago de comisiones u otras contraprestaciones valiosas a personas por proporcionar contactos, a menos que tengan licencia para vender seguros de vida en Georgia.

Ejemplo : Un agente de seguros no puede pagarle a alguien por proporcionarle información sobre un cliente potencial de seguro de vida a menos que esa persona sea un agente de seguros con licencia.

Regla 120-2-10-.08: Políticas participantes

Resumen : Esta regla establece requisitos para las pólizas de seguro de vida o anualidades participantes, garantizando que los asegurados sean elegibles para participar en futuras distribuciones de ganancias, ahorros o porciones no absorbidas de primas.

Ejemplo : Una póliza de seguro de vida participante debe cumplir criterios específicos para permitir que los asegurados participen de las ganancias de la compañía.

Regla 120-2-10-.09: Normas de simplificación del lenguaje de pólizas de seguro de vida, anualidades y accidentes y enfermedades

Resumen : Esta regla establece estándares mínimos para la legibilidad del lenguaje de las pólizas para garantizar que las pólizas de seguro sean fáciles de entender.

Ejemplo : Una póliza de seguro debe estar redactada en un lenguaje claro y sencillo que los asegurados puedan comprender fácilmente.

Regla 120-2-10-.10: Interrupción y reemplazo de la cobertura grupal

Resumen : Esta norma proporciona directrices para la interrupción y el reemplazo de la cobertura de seguro grupal, garantizando la continuidad de la cobertura para los asegurados.

Ejemplo : si un empleador cambia de proveedor de seguro médico grupal, la nueva póliza debe brindar una cobertura similar sin brechas significativas.

Regla 120-2-10-.11: Privilegio de conversión del seguro médico colectivo

Resumen : Esta regla otorga a las personas el derecho a convertir su cobertura de seguro de salud grupal en una póliza individual bajo ciertas condiciones.

Ejemplo : Un empleado que deja un trabajo puede convertir su seguro de salud grupal en una póliza individual sin someterse a un nuevo examen médico.

Regla 120-2-10-.11A: Privilegio de conversión mejorado del seguro médico grupal

Resumen : Esta regla proporciona privilegios de conversión adicionales para el seguro de salud grupal, ofreciendo más opciones para las personas que convierten su cobertura.

Ejemplo : Un empleado puede tener opciones mejoradas para convertir su seguro médico grupal en una póliza individual, como opciones de planes adicionales.

Norma 120-2-10-.12: Acceso y agrupación de seguros de salud para grupos pequeños

Resumen : Esta norma facilita el acceso al seguro de salud a pequeños grupos permitiéndoles poner en común sus recursos para obtener mejores opciones de cobertura.

Ejemplo : Las pequeñas empresas pueden unirse a un fondo de seguro de salud para acceder a planes de seguro de salud más asequibles y completos para sus empleados.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

Más información :

Código de Georgia § 33-29-1

Resumen : Esta sección define “póliza de accidentes y enfermedad” como cualquier póliza que asegure contra pérdidas resultantes de enfermedad, lesiones corporales o muerte por accidente, o cualquier contrato para proporcionar servicio de ambulancia en el futuro [1].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que cubre los gastos médicos debidos a una enfermedad o lesión.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-2

Resumen : Esta sección describe los requisitos generales para las pólizas de seguro contra accidentes y enfermedades, incluyendo que se debe expresar la contraprestación total de la póliza y se debe indicar el momento en que el seguro entra en vigencia y termina [2].

Ejemplo : Una póliza de seguro que indique claramente el monto de la prima y el período de cobertura del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-3

Resumen : Esta sección especifica las disposiciones obligatorias que deben incluirse en las pólizas de accidentes y enfermedades, tales como períodos de gracia, reincorporación y notificación de reclamo [3].

Ejemplo : Una póliza que incluye un período de gracia de 30 días para el pago de primas.

PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-3.1

Resumen : Esta sección exige que las aseguradoras ofrezcan cobertura para trasplantes de corazón humano, incluidos los cargos por adquisición, transporte o donación de un corazón humano [4].

Ejemplo : Una póliza de seguro que cubre los costos asociados con una cirugía de trasplante de corazón.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-3.2

Resumen : Esta sección requiere que las aseguradoras incluyan cobertura para mamografías, pruebas de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico en sus pólizas [5].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que ofrece mamografías anuales para mujeres mayores de 40 años.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-3.3

Resumen : Esta sección requiere que las aseguradoras brinden cobertura para pruebas de detección de cáncer colorrectal [6].

Ejemplo : Una póliza de seguro que cubre procedimientos de colonoscopia para personas mayores de 50 años.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-3.4

Resumen : Esta sección exige la cobertura de servicios de bienestar infantil, incluidas las vacunas y la atención preventiva [7].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que incluye chequeos de rutina y vacunas para niños.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-4

Resumen : Esta sección permite a las aseguradoras incluir disposiciones opcionales en las pólizas, tales como cambios de ocupación y declaración incorrecta de la edad [8].

Ejemplo : Una póliza que ajusta los beneficios si el asegurado cambia a una ocupación más peligrosa.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-5

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de reclamaciones dentro de un plazo específico [9].

Ejemplo : Una póliza de seguro que estipula que las reclamaciones deben pagarse dentro de los 30 días siguientes a su presentación.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-6

Resumen : Esta sección permite que las políticas limiten los beneficios de los servicios médicos o quirúrgicos a aquellos realizados por profesiones específicamente definidas [10].

Ejemplo : Una póliza que sólo cubre cirugías realizadas por cirujanos certificados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-7

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios al asegurado o su beneficiario [10].

Ejemplo : Una póliza que especifica que los beneficios se pagarán directamente al asegurado o al beneficiario designado.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-8

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el reembolso de las primas en caso de cancelación de la póliza [10].

Ejemplo : Una póliza que reembolsa las primas no utilizadas si la póliza se cancela antes del final del período de cobertura.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-9

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el ajuste de las primas en función de los cambios en la edad del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que aumenta las primas a medida que el asegurado alcanza ciertos hitos de edad.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-10

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el restablecimiento de la cobertura después de una interrupción del servicio . [10]

Ejemplo : Una póliza que permite el restablecimiento de la cobertura si las primas se pagan dentro de los 60 días posteriores a una interrupción.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-11

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de muerte del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que paga un beneficio por muerte al beneficiario del asegurado.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-12

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de incapacidad del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que proporciona beneficios por discapacidad mensuales si el asegurado no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-13

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de hospitalización del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre los gastos de hospitalización por tratamiento de pacientes internados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-14

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de cirugía del asegurado[10].

Ejemplo : Una póliza que cubre los costos de procedimientos quirúrgicos.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-15

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento ambulatorio del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre las visitas ambulatorias al consultorio de un médico.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-16

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento de emergencia del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubra las visitas a la sala de emergencias.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-17

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de que la prescripción de medicamentos del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre el costo de los medicamentos recetados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-18

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento de salud mental del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre sesiones de terapia para afecciones de salud mental.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-19

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento por abuso de sustancias del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre programas de rehabilitación por abuso de sustancias.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-20

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento dental del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre controles y procedimientos dentales de rutina.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-21

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento de la vista del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre exámenes de la vista y lentes correctivos.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-21.1

Resumen : Esta sección exige que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento auditivo del asegurado [10].

Ejemplo : Una póliza que cubre audífonos y servicios relacionados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-22

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de necesidad de cuidados a largo plazo del [asegurado10].

Ejemplo : Una póliza que cubre atención en un hogar de ancianos o servicios de atención domiciliaria.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-1

Resumen : Define “seguro colectivo de accidentes y enfermedad” como un seguro emitido a un empleador o a fideicomisarios de un fondo establecido por un empleador, que asegura al menos a dos empleados para el beneficio de personas distintas del empleador [1].

Ejemplo : Una empresa que proporciona cobertura de seguro de salud a sus empleados a través de una póliza grupal.

PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-1.1

Resumen : Especifica la aplicabilidad del capítulo a pólizas de seguro, certificados que evidencian cobertura o cualquier otra evidencia de seguro emitida por una aseguradora, entregada o emitida para entrega en Georgia [2].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud emitida a una empresa con sede en Georgia para sus empleados.

Código de Georgia § 33-30-2

Resumen : Establece que nada de lo dispuesto en este capítulo valida ningún cargo o práctica ilegal bajo cualquier norma jurídica o reglamento que rija la usura, los préstamos pequeños, las ventas minoristas a plazos o similares [3].

Ejemplo : Una póliza de seguro no puede incluir términos que violen las leyes estatales contra la usura.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-3

Resumen : Define el “seguro general contra accidentes y enfermedades” como un seguro que cubre a grupos de personas bajo una póliza única emitida a entidades como escuelas, campamentos u otras instituciones [4].

Ejemplo : Una escuela ofrece cobertura de seguro contra accidentes a todos sus estudiantes bajo una única póliza.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4

Resumen : Enumera las disposiciones requeridas para las pólizas grupales de accidentes y enfermedades, incluida la emisión de certificados individuales a empleados o miembros asegurados y la continuación de la cobertura para hijos dependientes hasta los 25 años de edad [5].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud grupal que proporciona certificados a cada empleado detallando su cobertura.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4.1

Resumen : Requiere que las aseguradoras proporcionen cobertura para trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin [6].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que incluye cobertura para trasplantes de médula ósea como parte de sus beneficios.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4.2

Resumen : Obliga a cubrir mamografías, pruebas de Papanicolaou y pruebas de antígeno prostático específico en pólizas colectivas de accidentes y enfermedades [7].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud grupal que cubre mamografías anuales para mujeres mayores de 40 años.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4.3

Resumen : Requiere que las aseguradoras de atención médica proporcionen una explicación del método de pago o reembolso por servicios farmacéuticos por correo en comparación con otros proveedores [8].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que incluye una explicación detallada de cómo se reembolsan los servicios de recetas por correo.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4.4

Resumen : Requiere que las aseguradoras proporcionen cobertura para trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin [9].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que incluye una cláusula opcional para la cobertura de trasplante de médula ósea.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-4.5

Resumen : Define los “servicios de bienestar infantil” y exige la cobertura de estos servicios en pólizas grupales de accidentes y enfermedades [10].

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que cubre chequeos de rutina y vacunas para niños.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-5

Resumen : Requiere que las pólizas colectivas de accidentes y enfermedades incluyan una disposición para el pago de reclamaciones dentro de un plazo específico.

Ejemplo : Una póliza que estipula que las reclamaciones deben pagarse dentro de los 30 días posteriores a su presentación.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-6

Resumen : Permite que las políticas limiten los beneficios de los servicios médicos o quirúrgicos a aquellos realizados por profesiones específicamente definidas.

Ejemplo : Una póliza que sólo cubre cirugías realizadas por cirujanos certificados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-7

Resumen : Requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios al asegurado o su beneficiario.

Ejemplo : Una póliza que especifica que los beneficios se pagarán directamente al asegurado o al beneficiario designado.

Código de Georgia § 33-30-8

Resumen : Establece que las pólizas deben incluir una disposición para el reembolso de las primas en caso de cancelación de la póliza.

Ejemplo : Una póliza que reembolsa las primas no utilizadas si la póliza se cancela antes del final del período de cobertura.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-9

Resumen : Requiere que las pólizas incluyan una disposición para el ajuste de las primas en función de los cambios en la edad del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que aumenta las primas a medida que el asegurado alcanza ciertos hitos de edad.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-10

Resumen : Establece que las pólizas deben incluir una disposición para el restablecimiento de la cobertura después de una interrupción.

Ejemplo : Una póliza que permite el restablecimiento de la cobertura si las primas se pagan dentro de los 60 días posteriores a una interrupción.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-11

Resumen : Requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de muerte del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que paga un beneficio por muerte al beneficiario del asegurado.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-12

Resumen : Establece que las pólizas deben incluir una disposición para el pago de beneficios en caso de incapacidad del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que proporciona beneficios por discapacidad mensuales si el asegurado no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión.

Código de Georgia § 33-30-13

Resumen : Requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de hospitalización del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que cubre los gastos de hospitalización por tratamiento de pacientes internados.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-13.1

Resumen : Establece que las pólizas deben incluir una disposición para el pago de beneficios en caso de cirugía del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que cubre los costos de procedimientos quirúrgicos.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-30-14

Resumen : Requiere que las pólizas incluyan una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento ambulatorio del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que cubre las visitas ambulatorias al consultorio de un médico.

Código de Georgia § 33-30-15

Resumen : Establece que las pólizas deben incluir una disposición para el pago de beneficios en caso de tratamiento de emergencia del asegurado.

Ejemplo : Una póliza que cubra las visitas a la sala de emergencias.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

B. Suplemento de Medicare

Las regulaciones para el seguro complementario de Medicare garantizan que estas pólizas brinden cobertura adicional a los beneficiarios de Medicare, cubriendo las brechas en la cobertura de Medicare.

Ejemplo : Una póliza complementaria de Medicare puede cubrir copagos, deducibles y otros gastos de bolsillo que no cubre Medicare.

Más información : Código de Georgia § 33-43-1 a 8

A continuación se presenta un resumen y un ejemplo de cada una de las normas y reglamentaciones de seguros de Georgia específicas relacionadas con el seguro complementario de Medicare:

1. **Regla 120-2-8-.01 Propósito**
    - **Resumen** : Esta norma tiene como objetivo estandarizar la cobertura y simplificar los términos y beneficios de las pólizas complementarias de Medicare para facilitar la comprensión y comparación pública y eliminar disposiciones engañosas o confusas.
    - **Ejemplo** : Garantizar que todas las pólizas complementarias de Medicare en Georgia tengan términos claros y consistentes para ayudar a los consumidores a tomar decisiones informadas [1].
2. **Regla 120-2-8-.02 Autoridad**
    - **Resumen** : Esta regla cita la autoridad legal bajo la cual se emiten las regulaciones, haciendo referencia a secciones específicas del Código de Georgia.
    - **Ejemplo** : El Comisionado de Seguros hace cumplir estas regulaciones bajo la autoridad otorgada por las Secciones 33-2-9, 33-43-3 a 33-43-6 [2] de la OCGA.
3. **Regla 120-2-8-.03 Aplicabilidad y alcance**
    - **Resumen** : Esta norma define el alcance de la normativa, especificando qué tipos de políticas y proveedores están sujetos a estas normas.
    - **Ejemplo** : Estas reglamentaciones se aplican a todas las pólizas complementarias de Medicare entregadas o emitidas para entrega en Georgia a partir de la fecha de vigencia de la reglamentación [3].
4. **Regla 120-2-8-.04 Definiciones**
    - **Resumen** : Esta regla proporciona definiciones de los términos utilizados en todo el reglamento para garantizar la claridad y la coherencia.

- **Ejemplo** : Definir “solicitante” como la persona que busca contratar beneficios de seguro en el caso de una póliza complementaria de Medicare individual [4] .

5. **Regla 120-2-8-.05 Definiciones y términos de la política**
    - **Resumen** : Esta regla especifica las definiciones y términos requeridos que deben incluirse en las pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Una póliza debe definir términos como “gastos elegibles de Medicare” y “médico” para garantizar que los asegurados comprendan su cobertura [5].
6. **Regla 120-2-8-.06 Disposiciones de la póliza**
    - **Resumen** : Esta regla describe las disposiciones obligatorias que deben incluirse en las pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Las pólizas deben incluir una disposición de renovación garantizada, lo que significa que la póliza no puede cancelarse mientras se paguen las primas [6].
7. **Regla 120-2-8-.07 Normas mínimas de beneficios para pólizas o certificados de planes de beneficios complementarios de Medicare preestandarizados emitidos para entrega antes de la fecha de vigencia de este reglamento**
    - **Resumen** : Esta regla establece estándares mínimos de beneficios para las pólizas complementarias de Medicare emitidas antes de la fecha de vigencia de la regulación.
    - **Ejemplo** : Las pólizas deben cubrir un porcentaje específico del coseguro de la Parte B de Medicare para garantizar una cobertura adecuada para los asegurados [7].
8. **Norma 120-2-8-.08 Normas de beneficios para pólizas o certificados de planes de beneficios suplementarios de Medicare estandarizados de 1990 emitidos o entregados a partir del 30 de septiembre de 2005 y con fecha de vigencia para la cobertura anterior al 1 de junio de 2010**
    - **Resumen** : Esta regla establece estándares de beneficios para las pólizas complementarias de Medicare emitidas o entregadas entre el 30 de septiembre de 2005 y el 1 de junio de 2010.
    - **Ejemplo** : Las pólizas deben incluir beneficios de coseguro de la Parte A de Medicare y costos de hospitalización hasta 365 días adicionales después de que se utilicen los beneficios de Medicare [8].
9. **Regla 120-2-8-.09 Planes de beneficios suplementarios de Medicare estándar para 1990 Pólizas o certificados de planes de beneficios suplementarios de Medicare estandarizados emitidos para entrega a partir del 8 de septiembre de 2005 y con fecha de vigencia para cobertura anterior al 1 de junio de 2010**
    - **Resumen** : Esta regla describe los planes de beneficios estándar para las pólizas complementarias de Medicare emitidas para su entrega durante el período especificado.

- **Ejemplo** : Los planes estandarizados deben incluir beneficios básicos como la cobertura de las primeras tres pintas de sangre cada año[9].

10. **Regla 120-2-8-.09.1 Planes de beneficios suplementarios de Medicare estándar para 2020 Pólizas o certificados de planes de beneficios suplementarios de Medicare estandarizados emitidos para entrega a personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020**
    - **Resumen** : Esta regla proporciona estándares para los planes de beneficios complementarios de Medicare emitidos a personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020.
    - **Ejemplo** : Los planes nuevos deben incluir beneficios de coseguro o copago para cuidados paliativos de la Parte A de Medicare [10] .
11. **Regla 120-2-8-.10 Pólizas y certificados de Medicare Select**
    - **Resumen** : Esta regla establece estándares para las pólizas Medicare Select, que son un tipo de póliza complementaria de Medicare que requiere el uso de proveedores de atención médica específicos.
    - **Ejemplo** : Las pólizas de Medicare Select deben proporcionar beneficios completos si se necesita atención de emergencia fuera de la red [9] .
12. **Regla 120-2-8-.11 Inscripción abierta**
    - **Resumen** : Esta regla describe el período de inscripción abierta durante el cual las personas pueden comprar pólizas complementarias de Medicare sin evaluación médica.
    - **Ejemplo** : Las personas tienen un período de inscripción abierta de seis meses a partir del primer mes en que tienen 65 años o más y están inscritas en la Parte B de Medicare [9] .
13. **Regla 120-2-8-.12 Emisión garantizada para personas elegibles**
    - **Resumen** : Esta regla garantiza que ciertas personas tengan derechos de emisión garantizados para comprar pólizas complementarias de Medicare sin evaluación médica.
    - **Ejemplo** : Las personas que pierden otra cobertura de salud tienen derecho a una emisión garantizada de comprar una póliza complementaria de Medicare [9] .
14. **Regla 120-2-8-.13 Normas para el pago de reclamaciones**
    - **Resumen** : Esta regla establece estándares para el pago oportuno y preciso de reclamaciones bajo pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Las aseguradoras deben pagar las reclamaciones dentro de los 30 días de recibir toda la información necesaria [9] .
15. **Regla 120-2-8-.14 Normas de índice de siniestralidad y reembolso o crédito de prima**
    - **Resumen** : Esta regla establece estándares mínimos de índice de pérdidas para garantizar que un cierto porcentaje de las primas se utilice

para pagar reclamos y describe el proceso para reembolsar o acreditar las primas si no se cumplen los estándares.

- **Ejemplo** : Las aseguradoras deben gastar al menos el 75% de las primas en reclamaciones de pólizas individuales [11].

16. **Regla 120-2-8-.15 Presentación y aprobación de pólizas y certificados y tarifas de primas**
    - **Resumen** : Esta regla especifica los requisitos de presentación y aprobación para pólizas complementarias de Medicare, certificados y tarifas de primas.
    - **Ejemplo** : Las aseguradoras deben presentar los formularios de pólizas y las tarifas de las primas ante el Comisionado para su aprobación antes de emitir las pólizas [9].
17. **Regla 120-2-8-.16 Acuerdos de compensación permitidos**
    - **Resumen** : Esta regla describe los acuerdos de compensación permitidos para agentes y corredores que venden pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : La compensación no debe exceder un porcentaje específico de la prima para el primer año y los años de renovación [9].
18. **Regla 120-2-8-.17 Disposiciones de divulgación obligatoria**
    - **Resumen** : Esta regla exige divulgaciones específicas que se deben proporcionar a los consumidores cuando compran pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Las aseguradoras deben revelar el potencial de aumentos en las tarifas de las primas y el derecho del asegurado a revisar la póliza dentro de un período específico [9].
19. **Regla 120-2-8-.18 Requisitos para los formularios de solicitud y cobertura de reemplazo**
    - **Resumen** : Esta regla describe los requisitos para los formularios de solicitud y el proceso para reemplazar la cobertura existente.
    - **Ejemplo** : Los formularios de solicitud deben incluir preguntas sobre la cobertura existente y si la nueva póliza la reemplazará [9].
20. **Regla 120-2-8-.19 Requisitos de presentación de anuncios publicitarios**
    - **Resumen** : Esta regla describe los requisitos para presentar materiales publicitarios relacionados con las pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Las aseguradoras deben presentar todos los materiales publicitarios al Comisionado para su revisión y asegurarse de que no sean engañosos. [9].
21. **Regla 120-2-8-.20 Normas para la comercialización**

- **Resumen** : Esta regla establece estándares para la comercialización de pólizas complementarias de Medicare para proteger a los consumidores de prácticas engañosas.
- **Ejemplo** : Los materiales de marketing deben explicar claramente los beneficios, las limitaciones y los costos de la póliza [9].

22. **Regla 120-2-8-.21 Adecuación de la compra recomendada y seguro excesivo**
    - **Resumen** : Esta regla requiere que las aseguradoras se aseguren de que las pólizas complementarias de Medicare sean adecuadas para las necesidades y la situación financiera del solicitante.
    - **Ejemplo** : Los agentes deben evaluar la situación financiera y el estado de salud del solicitante para recomendar la cobertura adecuada [9].
23. **Regla 120-2-8-.22 Informe de pólizas múltiples**
    - **Resumen** : Esta regla requiere que las aseguradoras informen la emisión de múltiples pólizas complementarias de Medicare a la misma persona.
    - **Ejemplo** : Las aseguradoras deben informar al Comisionado si una persona tiene más de una póliza complementaria de Medicare [9].
24. **Regla 120-2-8-.23 Prohibición de Condiciones Preexistentes, Períodos de Espera, Períodos de Eliminación y Períodos de Prueba en Pólizas o Certificados de Reemplazo**
    - **Resumen** : Esta regla prohíbe a las aseguradoras imponer exclusiones por condiciones preexistentes o períodos de espera en las pólizas de reemplazo.
    - **Ejemplo** : A un asegurado que cambia a una nueva póliza no se le puede negar la cobertura por condiciones preexistentes que estaban cubiertas bajo la póliza anterior [9].
25. **Apéndice (120-2-8) C DECLARACIONES DE DIVULGACIÓN**
    - **Resumen** : Este apéndice proporciona las declaraciones de divulgación obligatorias que deben incluirse en las pólizas complementarias de Medicare.
    - **Ejemplo** : Las declaraciones de divulgación deben informar a los asegurados sobre sus derechos y los términos de su cobertura [9].

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

C. Cuidado a largo plazo

Árbitro: 33-42-1 a través de 6; 120-2-16-.01 a través de .33

PRELICENCIA PARA AGENTE DE SEGUROS DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE GEORGIA

1. ***Regla 120-2-16-.01 Propósito***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe el propósito de las regulaciones, que es promover el interés público, garantizar la disponibilidad de seguros de atención a largo plazo y proteger a los solicitantes de prácticas de venta injustas o engañosas.*
    - ***Ejemplo*** *: garantizar que todas las pólizas de seguro de atención a largo plazo vendidas en Georgia cumplan con los estándares mínimos para proteger a los consumidores.*
2. ***Regla 120-2-16-.02 Autoridad***
    - ***Resumen*** *: Esta regla cita la autoridad legal bajo la cual se emiten las regulaciones, generalmente haciendo referencia a secciones específicas del Código de Georgia.*
    - ***Ejemplo*** *: El Comisionado de Seguros tiene la autoridad de hacer cumplir estas regulaciones según la Sección 33-42-1 del Código de Georgia.*
3. ***Regla 120-2-16-.03 Aplicabilidad y alcance***
    - ***Resumen*** *: Esta norma define el alcance de las regulaciones, especificando qué tipos de pólizas de seguros y proveedores están sujetos a estas normas.*
    - ***Ejemplo*** *: Estas regulaciones se aplican a todas las pólizas de seguro de atención a largo plazo emitidas en Georgia, incluidas aquellas proporcionadas por aseguradoras nacionales y extranjeras.*
4. ***Regla 120-2-16-.04 Definiciones***
    - ***Resumen*** *: Esta regla proporciona definiciones de los términos utilizados en todo el reglamento, garantizando claridad y coherencia.*
    - ***Ejemplo*** *: Definir “seguro de cuidados a largo plazo” como una póliza diseñada para brindar cobertura durante al menos 12 meses consecutivos para servicios de diagnóstico, prevención, tratamiento, rehabilitación, mantenimiento o cuidado personal necesarios.*
5. ***Regla 120-2-16-.05 Definiciones de políticas***
    - ***Resumen*** *: Esta regla especifica las definiciones obligatorias que deben incluirse en las pólizas de seguro de atención a largo plazo.*
    - ***Ejemplo*** *: Una póliza debe definir términos como “atención médica domiciliaria” y “centro de vida asistida” para garantizar que los asegurados comprendan su cobertura.*
6. ***Regla 120-2-16-.06 Prácticas y disposiciones de políticas***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe las prácticas y disposiciones requeridas que deben incluirse en las pólizas de seguro de atención a largo plazo.*

- ***Ejemplo** : Las pólizas deben incluir una disposición de renovación garantizada, lo que significa que la póliza no se puede cancelar mientras se paguen las primas.*

7. ***Regla 120-2-16-.07 Lapso involuntario***
   - ***Resumen** : Esta regla requiere que las aseguradoras proporcionen un período de gracia y un proceso de notificación para evitar interrupciones involuntarias en la cobertura.*
   - ***Ejemplo** : Las aseguradoras deben notificar a los asegurados y a un tercero designado antes de cancelar una póliza debido a la falta de pago de las primas.*
8. ***Regla 120-2-16-.08 Disposiciones de divulgación obligatoria***
   - ***Resumen** : Esta regla exige divulgaciones específicas que se deben proporcionar a los consumidores cuando compran un seguro de atención a largo plazo.*
   - ***Ejemplo** : Las aseguradoras deben revelar el potencial aumento de las tarifas de las primas y el derecho del asegurado a revisar la póliza dentro de un período específico.*
9. ***Regla 120-2-16-.09 Divulgación obligatoria de prácticas de calificación a los consumidores***
   - ***Resumen** : Esta norma exige que las aseguradoras revelen sus prácticas de calificación a los consumidores, incluida la forma en que se determinan las primas.*
   - ***Ejemplo** : Las aseguradoras deben informar a los asegurados si sus primas se basan en la edad, el estado de salud u otros factores.*
10. ***Regla 120-2-16-.10 Requisitos de presentación inicial***
    - ***Resumen** : Esta regla especifica la documentación y la información que las aseguradoras deben presentar al presentar nuevas pólizas de seguro de atención a largo plazo para su aprobación.*
    - ***Ejemplo** : Las aseguradoras deben proporcionar datos actuariales que respalden las tasas de primas propuestas y los formularios de póliza.*
11. ***Regla 120-2-16-.11 Prohibición de suscripción de seguros posteriores a siniestros***
    - ***Resumen** : Esta regla prohíbe a las aseguradoras rechazar reclamaciones basándose en información que debería haberse obtenido durante el proceso de suscripción.*
    - ***Ejemplo** : Una aseguradora no puede rechazar un reclamo por una condición preexistente si dicha condición no fue revelada debido a que la aseguradora no realizó las preguntas apropiadas durante la suscripción.*

12. ***Norma 120-2-16-.12 Normas mínimas para los beneficios de atención médica domiciliaria y comunitaria en las pólizas de seguro de atención a largo plazo***
    - ***Resumen*** *: Esta regla establece estándares mínimos para los beneficios de atención médica domiciliaria y comunitaria que deben incluirse en las pólizas de seguro de atención a largo plazo.*
    - ***Ejemplo*** *: Las pólizas deben cubrir un porcentaje específico de los costos de atención médica domiciliaria para garantizar que los asegurados puedan recibir atención en sus hogares.*
13. ***Regla 120-2-16-.13 Requisito de ofrecer protección contra la inflación***
    - ***Resumen*** *: Esta norma exige que las aseguradoras ofrezcan a los asegurados la opción de comprar protección contra la inflación para garantizar que los beneficios se mantengan al ritmo del aumento de los costos.*
    - ***Ejemplo*** *: Ofrecer una cláusula adicional que aumenta el monto del beneficio diario en un cierto porcentaje cada año.*
14. ***Regla 120-2-16-.14 Requisitos para los formularios de solicitud y cobertura de reemplazo***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe los requisitos para los formularios de solicitud y el proceso para reemplazar la cobertura existente.*
    - ***Ejemplo*** *: Los formularios de solicitud deben incluir preguntas sobre la cobertura existente y si la nueva póliza la reemplazará.*

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

15. ***Regla 120-2-16-.15 Requisitos de informes***
    - ***Resumen*** *: Esta regla especifica los requisitos de información para las aseguradoras, incluidos datos sobre reclamaciones, primas y datos demográficos de los asegurados.*
    - ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben presentar informes anuales que detallen el número de reclamaciones presentadas y pagadas.*
16. ***Regla 120-2-16-.16 Licencias***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe los requisitos de licencia para agentes y corredores que venden seguros de atención a largo plazo.*
    - ***Ejemplo*** *: Los agentes deben completar cursos específicos de capacitación y educación continua relacionados con el seguro de atención a largo plazo.*
17. ***Regla 120-2-16-.17 Poderes discrecionales del Comisionado***
    - ***Resumen*** *: Esta regla otorga al Comisionado de Seguros poderes discrecionales para hacer cumplir las regulaciones y tomar medidas contra las aseguradoras que no cumplan.*
    - ***Ejemplo*** *: El Comisionado puede imponer multas o revocar licencias por violaciones a las regulaciones.*
18. ***Regla 120-2-16-.18 Normas de reserva***
    - ***Resumen*** *: Esta regla establece los estándares de reserva que las aseguradoras deben mantener para garantizar que puedan cumplir con las obligaciones futuras de los asegurados.*
    - ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben mantener reservas suficientes para cubrir reclamaciones y gastos previstos.*
19. ***Regla 120-2-16-.19 Índice de pérdidas***
    - ***Resumen*** *: Esta norma establece el índice mínimo de siniestralidad que deben alcanzar las aseguradoras, garantizando que un determinado porcentaje de las primas se utilice para pagar siniestros.*
    - ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben gastar al menos el 60% de las primas en reclamaciones y gastos relacionados.*
20. ***Regla 120-2-16-.20 Aumentos de la escala de tarifas de primas***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe el proceso y los requisitos para que las aseguradoras aumenten las tarifas de las primas.*
    - ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben justificar los aumentos de tarifas y obtener la aprobación del Comisionado.*
21. ***Regla 120-2-16-.21 Requisito de presentación***

- ***Resumen*** *: Esta regla especifica los requisitos de presentación para las pólizas de seguro de atención a largo plazo, incluidos formularios y tarifas.*
- ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben presentar los formularios de pólizas y las tarifas de las primas ante el Comisionado para su aprobación antes de emitir las pólizas.*

22. ***Regla 120-2-16-.22 Requisitos de presentación de anuncios publicitarios***
    - ***Resumen*** *: Esta regla describe los requisitos para presentar materiales publicitarios relacionados con el seguro de atención a largo plazo.*
    - ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben presentar todo el material publicitario al Comisionado para su revisión y asegurarse de que no sea engañoso.*
23. ***Regla 120-2-16-.23 Normas para la comercialización***
    - ***Resumen*** *: Esta norma establece normas para la comercialización de seguros de atención a largo plazo para proteger a los consumidores de prácticas engañosas.*
    - ***Ejemplo*** *: Los materiales de marketing deben explicar claramente los beneficios, las limitaciones y los costos de la póliza.*
24. ***Regla 120-2-16-.24 Idoneidad***
    - ***Resumen*** *: Esta regla requiere que las aseguradoras se aseguren de que las pólizas de seguro de atención a largo plazo sean adecuadas para las necesidades y la situación financiera del solicitante.*
    - ***Ejemplo*** *: Los agentes deben evaluar la situación financiera y el estado de salud del solicitante para recomendar la cobertura adecuada.*
25. ***Regla 120-2-16-.25 Prohibición de Condiciones Preexistentes y Períodos de Prueba en Pólizas o Certificados de Reemplazo***
    - ***Resumen*** *: Esta regla prohíbe a las aseguradoras imponer exclusiones por condiciones preexistentes o períodos de prueba en las pólizas de reemplazo.*
    - ***Ejemplo*** *: A un asegurado que cambia a una nueva póliza no se le puede negar la cobertura por condiciones preexistentes que estaban cubiertas por la póliza anterior.*
26. ***Regla 120-2-16-.26 Disponibilidad de nuevos servicios o proveedores***
    - ***Resumen*** *: Esta norma exige que las aseguradoras pongan nuevos servicios o proveedores a disposición de los asegurados existentes.*
    - ***Ejemplo*** *: Si se encuentra disponible un nuevo tipo de servicio de atención médica domiciliaria, los asegurados existentes deberán tener acceso a él.*
27. ***Regla 120-2-16-.27 Derecho a reducir la cobertura y a bajar las primas***

- ***Resumen*** *: Esta regla permite a los asegurados reducir su cobertura y bajar sus primas si ya no pueden pagar la póliza original.*
- ***Ejemplo*** *: un asegurado puede optar por reducir el monto de su beneficio diario para disminuir sus pagos de primas.*

28. ***Regla 120-2-16-.28 Requisito de beneficio de no caducidad***
    - ***Resumen*** *: Esta regla requiere que las aseguradoras ofrezcan un beneficio de no caducidad, que proporciona cierto nivel de cobertura continua si la póliza caduca.*
    - ***Ejemplo*** *: Un asegurado que deja de pagar las primas aún puede recibir beneficios reducidos en función de las primas pagadas.*
29. ***Regla 120-2-16-.29 Normas para los desencadenantes de beneficios***
    - ***Resumen*** *: Esta norma establece los estándares de las condiciones que se deben cumplir para activar el pago de beneficios en virtud de las pólizas de seguro de atención a largo plazo. Se centra en la capacidad del asegurado para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y el deterioro cognitivo.*
    - ***Ejemplo*** *: Un asegurado se vuelve elegible para recibir beneficios si no puede realizar al menos dos actividades de la vida diaria, como bañarse y vestirse, o si sufre un deterioro cognitivo grave como la enfermedad de Alzheimer [1] .*
30. ***Regla 120-2-16-.30 Normas adicionales para los desencadenantes de beneficios para contratos de seguro de atención a largo plazo calificados***
    - ***Resumen*** *: Esta regla proporciona estándares adicionales para los desencadenantes de beneficios específicamente para contratos de seguro de atención a largo plazo calificados, garantizando que cumplan con los requisitos federales para planes calificados desde el punto de vista fiscal.*
    - ***Ejemplo*** *: Una póliza de seguro de atención a largo plazo calificada debe incluir desencadenantes de beneficios que cumplan con la Sección 7702B del Código de Rentas Internas, como requerir que un profesional de la salud autorizado certifique que el asegurado necesita asistencia sustancial con al menos dos actividades de la vida diaria durante al menos 90 días [2] .*
31. ***Regla 120-2-16-.31 Esquema de cobertura del formato estándar***
    - ***Resumen*** *: Esta norma prescribe un formato y contenido estándar para el esquema de cobertura que debe proporcionarse a los consumidores. El esquema ayuda a los consumidores a comprender y comparar las pólizas de seguro de atención a largo plazo.*
    - ***Ejemplo*** *: El esquema de cobertura debe ser un documento separado, en letra no menor a diez puntos, y debe incluir una descripción de los beneficios, limitaciones y exclusiones de la póliza [3] .*

32. ***Regla 120-2-16-.32 Requisitos para la entrega de la Guía del Comprador***

- ***Resumen*** *: Esta norma exige que las aseguradoras proporcionen una guía de compra a los consumidores que estén considerando la compra de un seguro de atención a largo plazo. La guía ayuda a los consumidores a tomar decisiones informadas.*
- ***Ejemplo*** *: Las aseguradoras deben entregar la Guía del comprador de seguros de cuidados a largo plazo de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) a todos los posibles solicitantes en el momento de la solicitud [4] .*

33. ***Regla 120-2-16-.33 Penalizaciones***

- ***Resumen*** *: Esta norma describe las sanciones que se aplicarán a las aseguradoras, representantes, funcionarios o empleados que no cumplan con las normas sobre seguros de atención a largo plazo. Las sanciones pueden incluir multas y otras medidas coercitivas.*
- ***Ejemplo*** *: Una aseguradora que no proporcione la información requerida o engañe a los consumidores acerca de los beneficios de la póliza puede estar sujeta a multas y se le podría revocar su licencia para vender seguros en Georgia [5] .*

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

Código de Georgia § 33-43-1

Resumen : Esta sección define “póliza complementaria de Medicare” como una póliza grupal o individual de seguro contra accidentes y enfermedades o un contrato de suscriptor de asociaciones de servicios médicos y hospitalarios o planes de atención médica, que no sea una póliza emitida de conformidad con un contrato según la Sección 1876 de la Ley de Seguridad Social federal o una póliza emitida conforme a un proyecto de demostración especificado en la Sección 1395ss(g)(1) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, que se anuncia, comercializa o diseña principalmente como un complemento a los reembolsos de Medicare por los gastos hospitalarios, médicos o quirúrgicos de personas elegibles para Medicare [1] .

Ejemplo : Una póliza de seguro de salud que proporciona cobertura adicional para ayudar a pagar los costos no cubiertos por Medicare, como copagos y deducibles.

Código de Georgia § 33-43-2

Resumen : Esta sección especifica la aplicabilidad del capítulo a todas las pólizas complementarias de Medicare entregadas o emitidas para entrega en Georgia [2] .

Ejemplo : Una póliza de seguro complementario de Medicare emitida a un residente de Georgia.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-43-3

Resumen : Esta sección prohíbe que las pólizas de seguro complementario de Medicare contengan beneficios que dupliquen los proporcionados por Medicare [3].

Ejemplo : Una póliza complementaria de Medicare que no cubre estadías en el hospital ya pagadas por Medicare.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-43-4

Resumen : Esta sección requiere que las pólizas complementarias de Medicare tengan una renovación garantizada y no puedan cancelarse ni no renovarse por ningún motivo que no sea la falta de pago de la prima o una declaración falsa sustancial [4].

Ejemplo : Una póliza complementaria de Medicare que continúa brindando cobertura siempre que las primas se paguen a tiempo.

Código de Georgia § 33-43-5

Resumen : Esta sección exige que las aseguradoras proporcionen un resumen de la cobertura, folletos informativos y subtítulos específicos o requisitos de notificación para garantizar que los asegurados estén completamente informados sobre sus pólizas complementarias de Medicare [5].

Ejemplo : Una compañía de seguros que proporciona un folleto detallado que explica los beneficios y las limitaciones de una póliza complementaria de Medicare.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-43-6

Resumen : Esta sección requiere que las aseguradoras ofrezcan a los titulares de pólizas complementarias de Medicare la opción de comprar beneficios adicionales, como cobertura para medicamentos recetados para pacientes ambulatorios [6].

Ejemplo : Una póliza complementaria de Medicare que ofrece una cláusula adicional opcional para la cobertura de medicamentos recetados.

Código de Georgia § 33-43-7

Resumen : Esta sección exige que las aseguradoras ajusten los beneficios y las primas para reflejar los cambios en los deducibles y copagos de Medicare [7].

Ejemplo : Una póliza complementaria de Medicare que ajusta sus primas anualmente en función de los cambios en los montos de participación en los costos de Medicare.

Código de Georgia § 33-43-8

Resumen : Esta sección prohíbe ciertos actos por parte de los ajustadores, como por ejemplo solicitar clientes durante un desastre natural [8].

Ejemplo : Un ajustador se abstiene de solicitar negocios a personas afectadas por un huracán mientras el desastre está en curso.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

D. Requisitos de la asociación para cuidados a largo plazo

Estas regulaciones establecen los requisitos para las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que califican para el Programa de Asociación de Cuidados a Largo Plazo, que permite a los asegurados proteger más de sus activos si necesitan solicitar Medicaid.

Ejemplo : Una póliza de atención a largo plazo calificada puede permitir que un asegurado conserve más activos y siga siendo elegible para los beneficios de Medicaid.

Más información : Reglamento 120-2-16-.01 a .33; Código de Georgia § 33-42-1 a 6

Regla 120-2-16-.34 Programa de asociación de seguros de atención a largo plazo de Georgia

Reglamento 120-2-16-.01

Resumen: Este reglamento describe el propósito de las normas del seguro de cuidados a largo plazo, que es promover el interés público, garantizar la disponibilidad del seguro de cuidados a largo plazo, proteger a los solicitantes de prácticas desleales y facilitar la comprensión y comparación pública de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo [1].

Ejemplo: una regulación que garantice que las pólizas de seguro de atención a largo plazo se expliquen claramente a los consumidores, ayudándolos a tomar decisiones informadas.

Reglamento 120-2-16-.02

Resumen: Este reglamento especifica el alcance y la aplicabilidad de las normas del seguro de atención a largo plazo, indicando que se aplican a todas las pólizas de seguro de atención a largo plazo entregadas o emitidas para su entrega en Georgia [2].

Ejemplo: Una póliza de seguro de atención a largo plazo emitida en Georgia debe cumplir con estas regulaciones.

Reglamento 120-2-16-.03

Resumen: Este reglamento define los términos utilizados en las normas del seguro de cuidados a largo plazo, como "seguro de cuidados a largo plazo", "póliza" y "certificado" [3].

Ejemplo: Un documento de política que incluye definiciones de términos como "servicios de atención a largo plazo" y "desencadenantes de beneficios".

Reglamento 120-2-16-.04

Resumen: Este reglamento describe las definiciones de políticas que deben incluirse en las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo, garantizando que los términos estén claramente definidos y sean consistentes [4].

Ejemplo: Una póliza de seguro de cuidados a largo plazo que define "atención médica domiciliaria" y "centro de vida asistida" de conformidad con la reglamentación.

Reglamento 120-2-16-.05

Resumen: Este reglamento especifica las prácticas y disposiciones de políticas que deben incluirse en las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo, tales como renovabilidad, elegibilidad y activadores de beneficios [5].

Ejemplo: Una póliza que incluye una disposición que establece que su renovación está garantizada de por vida, siempre que se paguen las primas.

Reglamento 120-2-16-.06

Resumen: Esta regulación requiere que las pólizas incluyan ciertas prácticas y disposiciones, tales como un período de revisión gratuito de 30 días, indisputabilidad después de dos años y una prohibición de suscripción de seguros posterior a los reclamos [6].

Ejemplo: Una póliza que permite al asegurado cancelar dentro de los 30 días para obtener un reembolso total si no está satisfecho.

Reglamento 120-2-16-.07

Resumen: Este reglamento exige que las pólizas incluyan disposiciones para evitar caducidad involuntaria, como exigir a las aseguradoras que ofrezcan la opción de designar un destinatario secundario para recibir avisos de caducidad [7]

.

Ejemplo: Una póliza que permite al asegurado designar a un miembro de la familia para recibir notificaciones si la póliza corre el riesgo de caducar debido a la falta de pago.

Reglamento 120-2-16-.08

Resumen: Este reglamento describe las disposiciones de divulgación requeridas para las pólizas de seguro de atención a largo plazo, incluida la necesidad de declaraciones claras y visibles sobre la renovabilidad, la elegibilidad y los desencadenantes de beneficios [8].

Ejemplo: Una póliza que incluye una declaración destacada en la primera página que indica que su renovación está garantizada.

Reglamento 120-2-16-.09

Resumen: Este reglamento requiere que las aseguradoras revelen sus prácticas de calificación a los consumidores, incluidos los posibles aumentos de tarifas y las bases para dichos aumentos [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye una sección que explica cómo y cuándo se pueden aumentar las tarifas de las primas.

Reglamento 120-2-16-.10

Resumen: Esta regulación exige que las aseguradoras proporcionen un historial de aumentos de tarifas durante los últimos diez años para la póliza que se está comprando [9].

Ejemplo: Una política que incluye una tabla que muestra el historial de aumento de tarifas durante la última década.

Reglamento 120-2-16-.11

Resumen: Esta regulación requiere que las aseguradoras ofrezcan beneficios de no caducidad, que proporcionan cierto nivel de cobertura o beneficios continuos si la póliza caduca debido a falta de pago [9].

Ejemplo: Una póliza que ofrece un beneficio pagado reducido si el asegurado deja de pagar las primas.

Reglamento 120-2-16-.12

Resumen: Este reglamento especifica los requisitos para el beneficio contingente en caso de caducidad, que proporciona beneficios si la póliza caduca después de un aumento sustancial de la prima [9].

Ejemplo: Una póliza que ofrece un beneficio contingente si las primas aumentan en más de un porcentaje específico.

Reglamento 120-2-16-.13

Resumen: Este reglamento describe los requisitos para la comercialización de pólizas de seguro de cuidados a largo plazo, incluidas las prohibiciones de publicidad engañosa y los requisitos para la capacitación de los agentes [9].

Ejemplo: Una política que incluye una declaración que garantiza que todos los materiales de marketing han sido revisados para verificar su cumplimiento con las regulaciones estatales.

Reglamento 120-2-16-.14

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras establezcan procedimientos para gestionar las quejas y reclamos de los consumidores relacionados con las pólizas de seguro de atención a largo plazo [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye una sección que detalla el proceso para presentar una queja ante la aseguradora.

Reglamento 120-2-16-.15

Resumen: Este reglamento requiere que las aseguradoras proporcionen un formulario de idoneidad para ayudar a los consumidores a determinar si una póliza de seguro de atención a largo plazo es apropiada para sus necesidades [9].

Ejemplo: Una política que incluye un cuestionario de idoneidad que debe ser completado por el solicitante.

Reglamento 120-2-16-.16

Resumen: Este reglamento especifica los requisitos para la entrega de una guía del comprador a los posibles solicitantes de un seguro de atención a largo plazo [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye una guía que explica los conceptos básicos del seguro de atención a largo plazo y cómo comparar pólizas.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

Reglamento 120-2-16-.17

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un resumen de la póliza a los solicitantes, detallando las características y beneficios clave de la póliza de seguro de atención a largo plazo [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye una página de resumen que resalta los principales beneficios y límites de cobertura.

Reglamento 120-2-16-.18

Resumen: Este reglamento requiere que las aseguradoras proporcionen un esquema de cobertura a los solicitantes, resumiendo los beneficios, limitaciones y exclusiones de la póliza [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye un resumen de la cobertura con una lista detallada de servicios cubiertos y exclusiones.

Reglamento 120-2-16-.19

Resumen: Este reglamento especifica los requisitos para la entrega de una póliza o certificado al asegurado, incluyendo el momento y la forma de entrega [9].

Ejemplo: Una póliza que se entrega al asegurado dentro de los 30 días siguientes a su aprobación.

Reglamento 120-2-16-.20

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un aviso del derecho a devolver la póliza dentro de los 30 días para obtener un reembolso completo [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye un aviso en la primera página que indica que el asegurado puede devolverla dentro de los 30 días para obtener un reembolso completo.

Reglamento 120-2-16-.21

Resumen: Este reglamento describe los requisitos para la renovación o continuación de las pólizas de seguro de atención a largo plazo [9].

Ejemplo: Una póliza que establezca claramente que está garantizada su renovación de por vida.

Reglamento 120-2-16-.22

Resumen: Este reglamento especifica los requisitos para la terminación de las pólizas de seguro de atención a largo plazo, incluidas las condiciones bajo las cuales se puede cancelar una póliza [9].

Ejemplo: Una póliza que sólo puede cancelarse por falta de pago de las primas.

Reglamento 120-2-16-.23

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un aviso sobre los aumentos en las tarifas de las primas a los asegurados [9].

Ejemplo: Una póliza que incluye una disposición que requiere que la aseguradora notifique al asegurado sobre cualquier aumento en la tarifa de la prima con al menos 60 días de anticipación.

Reglamento 120-2-16-.24

Resumen: Este reglamento describe los requisitos para el pago de reclamaciones bajo pólizas de seguro de atención a largo plazo [9].

Ejemplo: Una póliza que especifica que las reclamaciones deben pagarse dentro de los 30 días siguientes a la recepción de toda la documentación requerida.

Reglamento 120-2-16-.25

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un aviso del derecho a apelar un reclamo denegado [9].

Ejemplo: Una política que incluye una sección que detalla el proceso para apelar un reclamo denegado.

Reglamento 120-2-16-.26

Resumen: El presente reglamento especifica los requisitos para la coordinación de prestaciones con otras pólizas de seguros [9].

Ejemplo: Una política que coordina los beneficios con Medicare para evitar la duplicación de cobertura.

Reglamento 120-2-16-.27

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un aviso sobre el derecho a reducir la cobertura y bajar las primas [9] .

Ejemplo: Una póliza que permite al asegurado reducir el monto de su cobertura para disminuir sus pagos de primas.

Reglamento 120-2-16-.28

Resumen: Este reglamento describe los requisitos para el restablecimiento de las pólizas de seguro de atención a largo plazo después de una interrupción del servicio [9] .

Ejemplo: Una póliza que permite la reinstalación dentro de los 60 días siguientes a su vencimiento si el asegurado proporciona prueba de deterioro cognitivo.

Reglamento 120-2-16-.29

Resumen: Este reglamento especifica los requisitos para el pago de las prestaciones en caso de fallecimiento del asegurado [9] .

Ejemplo: Una póliza que paga un beneficio por muerte al beneficiario del asegurado.

Reglamento 120-2-16-.30

Resumen: Este reglamento exige que las aseguradoras proporcionen un aviso del derecho a convertir una póliza grupal en una póliza individual [9] .

Ejemplo: Una póliza grupal que permite al asegurado convertirse en una póliza individual al abandonar el grupo.

Reglamento 120-2-16-.31: Esquema de cobertura del formato estándar

Resumen : Esta reglamentación exige que las aseguradoras proporcionen un esquema estandarizado de la cobertura de las pólizas de seguro de atención a largo plazo. El esquema debe ser un documento separado, con un formato claro y con un tamaño de fuente no inferior a diez puntos. Debe incluir información clave sobre la póliza, como beneficios, limitaciones y exclusiones.

Ejemplo : una aseguradora emite una póliza de seguro de atención a largo plazo e incluye un documento separado titulado “Descripción de la cobertura”. Este documento destaca los principales beneficios de la póliza, como los montos de los beneficios diarios, la duración de la cobertura y los períodos de espera antes de que comiencen los beneficios. También enumera las exclusiones, como las condiciones preexistentes que no están cubiertas.

Reglamento 120-2-16-.32: Divulgación obligatoria de prácticas de calificación a los consumidores

Resumen : Esta normativa exige que las aseguradoras revelen a los consumidores sus prácticas de calificación. Esto incluye proporcionar información sobre cómo se determinan las primas, los posibles aumentos de las tarifas y los factores que podrían dar lugar a dichos aumentos. El objetivo es garantizar la transparencia y ayudar a los consumidores a tomar decisiones informadas.

Ejemplo : Cuando un consumidor solicita una póliza de seguro de cuidados a largo plazo, la aseguradora proporciona un documento que explica cómo se calcula la prima en función de la edad, el estado de salud y otros factores del solicitante. El documento también informa al consumidor de que las primas pueden aumentar en el futuro debido a cambios en la experiencia de reclamaciones de la aseguradora u otros factores financieros.

Reglamento 120-2-16-.33: Sanciones

Resumen : Este reglamento describe las sanciones para las aseguradoras y los agentes que infrinjan las normas estatales sobre seguros de atención a largo plazo. Las sanciones pueden incluir multas y otras medidas disciplinarias, tal como se establece en el Código Oficial de Georgia Anotado (OCGA).

Ejemplo : Se descubre que un agente de seguros ha tergiversado los beneficios de una póliza de seguro de atención a largo plazo ante un consumidor. Como resultado, el Comisionado de Seguros de Georgia le impone una multa y le exige que reciba capacitación adicional sobre prácticas de venta éticas.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

Capítulo 42. Seguro de atención a largo plazo

CÓDIGO DE GA § 33-42-1: Título corto

Resumen : Esta sección designa el capítulo como la “Ley de seguro de atención a largo plazo”.

Ejemplo : Al hacer referencia a las regulaciones que rigen el seguro de cuidados a largo plazo en Georgia, se debe citar la “Ley de seguro de cuidados a largo plazo” establecida por el CÓDIGO DE GA § 33-42-1.

CÓDIGO DE GA § 33-42-2: Propósito del Capítulo

Resumen : Esta sección describe el propósito del capítulo, que es promover el interés público, garantizar la disponibilidad de pólizas de seguro de atención a largo plazo, proteger a los solicitantes de prácticas injustas y establecer estándares para estas pólizas.

Ejemplo : Una aseguradora debe cumplir con las normas establecidas en este capítulo para garantizar que sus pólizas de seguro de atención a largo plazo sean justas y transparentes, protegiendo así a los consumidores de prácticas de venta engañosas.

CÓDIGO DE GA § 33-42-3: Aplicabilidad del Capítulo

Resumen : Esta sección especifica que los requisitos de este capítulo se aplican a todas las pólizas de seguro de atención a largo plazo emitidas, entregadas o emitidas para entrega en Georgia.

Ejemplo : Una póliza de seguro de atención a largo plazo emitida por una aseguradora en Georgia debe cumplir con todas las regulaciones descritas en este capítulo, independientemente de dónde resida el titular de la póliza.

CÓDIGO DE GA § 33-42-4: Definiciones

Resumen : Esta sección proporciona definiciones de términos utilizados en el capítulo, como “solicitante” y “póliza de seguro de atención a largo plazo grupal”.

Ejemplo : En el contexto de este capítulo, un “solicitante” se refiere a la persona que busca contratar beneficios de seguro de atención a largo plazo, ya sea para una póliza individual o grupal.

CÓDIGO DE GA § 33-42-5: Póliza colectiva emitida en otro estado

Resumen : Esta sección aborda las condiciones bajo las cuales una póliza de seguro de atención a largo plazo grupal emitida en otro estado puede ofrecerse en Georgia.

Ejemplo : Una póliza de seguro de atención a largo plazo grupal emitida en Florida se puede ofrecer a los residentes de Georgia si cumple con los estándares y requisitos establecidos en este capítulo.

CÓDIGO DE GA § 33-42-6: Divulgaciones; Disposiciones; Definición de términos

Resumen : Esta sección permite al Comisionado adoptar normas para la divulgación completa y justa en la venta de pólizas de seguro de atención a largo plazo. Incluye normas sobre renovación, elegibilidad, cobertura y otros términos clave de la póliza.

Ejemplo : Una aseguradora debe proporcionar información clara sobre los términos de renovación y cualquier limitación o exclusión en la póliza de seguro de atención a largo plazo, garantizando que los consumidores comprendan completamente lo que están comprando.

HAGA CLIC AQUÍ PARA PONER A PRUEBA SU COMPRENSIÓN DE LOS TEMAS ANTERIORES

Acceso a Georgia

Georgia Access es un mercado de seguros de salud estatal creado para brindarles a los georgianos una plataforma para buscar, comparar e inscribirse en una cobertura de seguro de salud. Esta iniciativa tiene como objetivo mejorar el acceso a un seguro de salud asequible y de alta calidad para los residentes de Georgia.

Principales características y beneficios

1. **Mercado basado en el estado** :

- Georgia Access permite a los residentes evitar el mercado federal (Healthcare.gov) y utilizar una plataforma específica del estado adaptada a sus necesidades.

- La plataforma ofrece una variedad de planes de seguro de salud, lo que facilita que los georgianos encuentren una cobertura que se adapte a sus necesidades y presupuesto.

Ejemplo : Un residente de Georgia puede visitar GeorgiaAccess.gov para comparar diferentes planes de seguro de salud, verificar su elegibilidad para subsidios e inscribirse en un plan directamente a través de la plataforma estatal.

2. **Programa de Reaseguro** :

- Georgia Access incluye un programa de reaseguro que ayuda a reducir las primas de seguros al reducir el riesgo para las aseguradoras. El estado asume parte de los costos de las reclamaciones de seguros, lo que ayuda a estabilizar el mercado y a reducir las primas para los consumidores.

Ejemplo : Gracias al programa de reaseguro, una familia en Georgia podría ver una reducción en sus primas mensuales de seguro de salud, haciendo que la cobertura sea más asequible.

3. **Servicio al cliente mejorado** :

- Georgia Access se enfoca en brindar un servicio al cliente superior, con recursos disponibles para ayudar a los residentes a comprender sus opciones de cobertura de salud y navegar por el proceso de inscripción.

Ejemplo : Un residente puede obtener ayuda de navegadores locales o representantes de servicio al cliente para ayudarlo a elegir el mejor plan de seguro de salud y completar su inscripción.

4. **Participación del empleador** :

- El programa permite a los empleadores compensar los costos de atención médica de sus empleados, lo que facilita que las empresas brinden beneficios de salud.

Ejemplo : El propietario de una pequeña empresa en Georgia puede utilizar Georgia Access para encontrar opciones de seguro médico asequibles para sus empleados, ayudándolos a atraer y retener talento.

5. **Centrarse en la reducción de las tasas de personas sin seguro** :

- Georgia Access tiene como objetivo reducir la cantidad de residentes sin seguro ofreciendo más opciones de planes y haciendo que el seguro médico sea más accesible y asequible.

Ejemplo : Desde la implementación de Georgia Access, el estado ha visto una disminución en el número de residentes sin seguro, brindando a más personas la seguridad de la cobertura de salud.

Acerca de Georgia Access

Georgia Access es el programa estatal para que los georgianos busquen y se inscriban en un seguro médico. Con Georgia Access, los georgianos encontrarán muchas opciones para inscribirse en un seguro médico de alta calidad, integral y asequible.

En febrero de 2023, el gobernador Brian P. Kemp designó al comisionado de la OCI, John F. King, para liderar la transición de Georgia de un mercado de seguros basado en el estado en la plataforma federal (SBE-FP) a un mercado de seguros basado en el estado (SBE). Durante la inscripción abierta de 2024, Georgia Access funcionará como un SBE-FP, y los georgianos deben continuar buscando e inscribiéndose en una cobertura de seguro médico como lo hacen hoy en el mercado de seguros facilitado por el gobierno federal, también conocido como HealthCare.gov . Durante la inscripción abierta de 2025, Georgia Access será un SBE, lo que significa que los georgianos pueden visitar GeorgiaAccess.gov para buscar, comparar e inscribirse directamente en una cobertura de seguro médico.

Si desea obtener más información sobre sus opciones de cobertura médica o simplemente quiere comprender las ventajas de la cobertura médica, podemos ayudarlo. Georgia Access está aquí para conectar a los georgianos con los recursos que necesitan para encontrar una cobertura de seguro médico asequible. Es parte de nuestro compromiso continuo para que todos los georgianos obtengan cobertura y se mantengan saludables.

Mejorando el panorama de la atención sanitaria en Georgia

Según datos de septiembre de 2023 de la Oficina del Censo de EE. UU., hay 1,2 millones de georgianos sin seguro médico. Son demasiados nuestros ciudadanos que se quedan preocupados por sus finanzas cuando se ven afectados por un problema médico, y no tiene por qué ser así.

Desde la aprobación de la Ley de Pacientes Primero en 2019, Georgia ha trabajado para reducir el costo de las primas y reducir la cantidad de georgianos sin seguro. Bajo el liderazgo del gobernador de Georgia, Brian Kemp, y el comisionado de la OCI, John F. King, Georgia ha visto una disminución en las primas en todo el estado y un aumento en la cantidad de planes ofrecidos en todo el estado. También se implementó un Programa de Reaseguro en 2022 bajo una Exención de la Sección 1332. Georgia Access le permite a Georgia continuar mejorando la calidad y cantidad de las opciones de seguro médico disponibles en el estado.

El gobernador Kemp y **el comisionado King** han tomado las siguientes medidas para establecer una SBE y mejorar el panorama de la atención médica para los georgianos:

Hitos de la SBE en Georgia

A continuación se describen los hitos clave en el camino de Georgia para lanzar una SBE.

- **27 de marzo de 2019:** El gobernador Kemp firma la Ley de Pacientes Primero, que autoriza al estado a implementar estrategias innovadoras para brindar a los residentes acceso a un seguro médico integral, asequible y de alta calidad.
- **19 de diciembre de 2019:** Georgia presenta una solicitud de exención de innovación estatal según la Sección 1332 de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (PPACA).
- **1 de noviembre de 2020:** El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) otorga la aprobación de la exención 1332 de Georgia, que otorga autoridad para implementar un programa de reaseguro y trasladar su mercado fuera del intercambio federal.
- **1 de enero de 2022:** La Oficina del Comisionado de Seguros y Seguridad contra Incendios (OCI) lanza un Programa de Reaseguro destinado a reducir el costo de las primas y ampliar las opciones de cobertura para los georgianos.
- **1 de noviembre de 2022:** Georgia lanza una campaña de concientización pública para alentar a los georgianos a inscribirse en la cobertura de salud durante la inscripción abierta de 2023.
- **1 de febrero de 2023:** El Proyecto de Ley del Senado 65 se presentó en la Legislatura de Georgia otorgando a OCI la autoridad para establecer y operar una Bolsa.
- **13 de febrero de 2023:** El gobernador Kemp envía una carta de intención de SBE a CMS.
- **14 de febrero de 2023:** El Comisionado de OCI, King, presenta la solicitud del plan SBE y la carta de preparación.

- **2 de mayo de 2023:** el gobernador Kemp convierte en ley el Proyecto de ley 65 del Senado.
- **27 de julio de 2023:** CMS otorga aprobación para que el estado de Georgia opere una inscripción abierta SBE-FP 2024 y una inscripción abierta SBE 2025.
- **3 de agosto de 2023:** El Comisionado de OCI, King, respondió a la carta de CMS otorgando la aprobación condicional.
- **1 de noviembre de 2023:** OCI lanzó Georgia Access como una SBE-FP antes de la inscripción abierta de 2024.
- **24 de julio de 2024:** Georgia presentó su plan final de SBE a CMS.
- **1 de noviembre de 2024:** OCI lanzará Georgia Access como una SBE antes de la inscripción abierta de 2025.

Comunicaciones CMS

Los CMS exigen que los estados que deseen operar una SBE o una SBE-FP completen y envíen una Solicitud de Plan de Intercambio:

24 de agosto de 2023 : El Comisionado de OCI, King, presenta una solicitud revisada del Plan SBE-FP.

19 de septiembre de 2023 : El Comisionado de OCI, King, presenta una solicitud revisada del Plan SBE.

Tenga en cuenta que las solicitudes son documentos vivos que están sujetos a cambios.

El estado de Georgia brindó comentarios sobre el Aviso de propuesta de reglamentación (NPRM, por sus siglas en inglés) titulado “Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, Aviso del HHS sobre los parámetros de beneficios y pagos para 2025”, que tiene implicaciones de gran alcance para los estados, los emisores y los consumidores. El comentario completo de Georgia está publicado en el sitio web de comentarios federales.

Georgia Access representa un paso importante hacia la mejora del panorama del seguro de salud en Georgia, facilitando para los residentes encontrar y mantener una cobertura de salud asequible.

Kemp anuncia exención de acceso a la atención médica en Georgia

Atlanta, GA - Hoy, el gobernador Brian P. Kemp se unió a los miembros de la Asamblea General y a líderes empresariales para presentar Georgia Access, una exención de empoderamiento y alivio estatal de la Sección 1332 de la Ley de Atención Médica Asequible. Georgia Access ayudará a reducir las primas de seguros, introducirá una mayor variedad en el mercado de seguros médicos privados y fortalecerá a las pequeñas empresas en todo Georgia.

"Durante la campaña electoral, prometí liderar la reforma de la atención médica en Georgia", **dijo el gobernador Kemp** . "Durante la sesión legislativa de 2019, trabajé con el vicegobernador Duncan, el presidente de la Cámara de Representantes Ralston y miembros de la Cámara y el Senado para defender la Ley de Pacientes Primero.

"Desde entonces, hemos trabajado con profesionales médicos, expertos de la industria, líderes estatales, nuestros socios en el gobierno federal y partes interesadas para diseñar un enfoque centrado en Georgia para reducir los costos de atención médica y las primas de seguro para las familias de Georgia, mejorar el acceso a médicos de primer nivel y servicios de última generación y, en última instancia, mejorar los resultados de salud para todos los georgianos en cada parte de nuestro estado.

"Georgia Access crea un programa de reaseguro estatal para incentivar al sector privado, empoderar a los consumidores y reducir las primas de seguro para las familias. Este plan revoluciona el status quo mientras trabajamos para mejorar el acceso a una atención médica asequible y de calidad en Georgia.

"Cuando se combina con Georgia Pathway, nuestra exención de demostración de la Sección 1115, tendremos una reforma de atención médica en el Estado del Melocotón que realmente pone a los pacientes primero".

"El anuncio que hizo hoy el gobernador Kemp hará exactamente lo que hablamos durante la campaña electoral: poner a Georgia a la cabeza de la conversación nacional en torno a una reforma significativa de la atención médica", **dijo el vicegobernador Duncan** . "Georgia Access nos permitirá comenzar de inmediato a abordar los dos problemas principales que afectan a todos los georgianos: la asequibilidad y el acceso a servicios de calidad. La atención médica es un tema complicado, pero el plan Georgia Access proporciona el marco para comenzar a simplificar las cosas a través de la innovación y la competencia para servir mejor a las familias de Georgia".

“Sabemos que el acceso a una atención médica de calidad es fundamental para la salud de nuestros ciudadanos y el bienestar económico de nuestro estado”, **dijo el presidente de la Cámara de Representantes, David Ralston** . “Espero trabajar con el gobernador Kemp mientras revisamos los detalles del plan Georgia Access. Seguimos comprometidos con las soluciones diseñadas en Georgia que sean fiscalmente responsables y empoderen a los georgianos para cuidar de sí mismos y de sus familias”.

"Aplaudo el liderazgo del gobernador Kemp en la reforma de la atención médica en Georgia", **dijo el comisionado de seguros y seguridad contra incendios, John King** . "A través de Georgia Access, estimularemos la competencia, mejoraremos las opciones en el mercado y, en última instancia, reduciremos las primas de seguro para las familias y los trabajadores georgianos".

Acceso a Georgia

Exención 1332 de alivio y empoderamiento estatal

Desde la implementación de la Ley de Atención Médica Asequible, el mercado de seguros individuales en Georgia ha experimentado un nivel significativo de inestabilidad. Entre 2017 y 2019, el plan de seguro individual promedio en Georgia aumentó entre un 27% y un 41%. Para muchas familias de Georgia, la cobertura de seguro médico del sector privado es el gasto más grande (y más volátil) de su presupuesto. Muchos se ven obligados a sacrificar la cobertura para poder pagarla, mientras que otros buscan nuevas oportunidades de empleo o aceptan otro trabajo para pagar la factura.

La exención 1332 del Gobernador, Georgia Access, pondrá en marcha un programa estatal de reaseguros para crear más opciones, fomentar la competencia y reducir los costos de los seguros para las familias. Al igual que otros estados con programas similares, las familias de Georgia verán una reducción notable en sus primas de seguros, algunas de ellas de hasta dos dígitos en ciertas partes del estado.

Para generar una experiencia de compra intuitiva y centrada en el cliente para las familias de Georgia que califican para subsidios de seguro médico (entre el 100 % y el 400 % del Nivel Federal de Pobreza), el estado, si el gobierno federal lo aprueba, ya no obligará a los georgianos a utilizar Healthcare.Gov como el único portal de inscripción de seguros. En cambio, los compradores utilizarán los servicios de los agentes de inscripción directa o comprarán un plan directamente de los proveedores de seguros. A través de esta exención, los georgianos tendrán acceso a más opciones que cubren condiciones preexistentes y garantizan una cobertura óptima al precio justo.

Las pequeñas empresas son la columna vertebral de la economía del estado de Peach, y dan trabajo a millones de georgianos. Los empleadores locales siempre han intentado cuidar de sus empleados y sus familias, pero con el rápido aumento de los costos de la atención médica, muchos ya no pueden permitirse ofrecer cobertura completa a estos trabajadores georgianos. Según la ley actual, los empleadores no pueden compensar el costo del plan de seguro médico de un empleado adquirido a través del mercado federal. Georgia Access elimina esa restricción y permite a los empleadores invertir en la salud y el bienestar de sus empleados.

Características

• Establece un programa de reaseguro donde el estado asume parte del reclamo de seguro para reducir el riesgo y la exposición
• Reduce las tarifas de seguro del sector privado, hasta dos dígitos • Permite a los georgianos que buscan un seguro evitar Healthcare.gov y usar sitios web líderes en la industria para encontrar la mejor cobertura a un precio más bajo • Permite a los empleadores compensar los costos de atención médica para sus empleados

Beneficios

• Hace que el seguro médico sea asequible para las familias de Georgia
• Fomenta la competencia, aumenta las opciones y reduce las primas • Crea una experiencia centrada en el cliente para comprar e inscribirse • Empodera a los empleadores a brindar más beneficios a sus empleados

¿Qué es Georgia Access y en qué se diferencia del programa federal en Healthcare.gov?

En mayo de 2023, el gobernador **de Georgia,** Brian Kemp, firmó una ley que establece un mercado estatal donde los residentes de Georgia pueden solicitar, buscar e inscribirse en la cobertura de salud adecuada para ellos. Si bien existen muchas similitudes con el programa federal, Georgia Access acerca la cobertura de salud a los hogares y se centra únicamente en mejorar el acceso a la cobertura de salud para los georgianos.

Georgia Access también se esfuerza por brindar una experiencia de servicio al cliente superior en todo el estado. Con Georgia Access, los georgianos tienen acceso a una variedad de recursos que los ayudan a comprender cómo solicitar, comprar e inscribirse en una cobertura, incluido el acceso a personas que pueden ayudarlos en su comunidad.

Seguro de ingresos por discapacidad (DI): qué es y cómo funciona

¿Qué es el Seguro de Ingreso por Discapacidad (DI)?

El término seguro de ingresos por discapacidad (DI) se refiere a una póliza de seguro que brinda ingresos a personas que ya no pueden trabajar debido a una discapacidad. El seguro de ingresos por discapacidad ayuda a proteger a las personas de pérdidas financieras si un accidente o enfermedad las deja incapacitadas para trabajar y recibir ingresos regulares.

El seguro DI está disponible a través de empleadores, la Seguridad Social o compañías de seguros y ofrece cobertura por discapacidad a corto y largo plazo. Las primas se

basan en una serie de factores, entre ellos la edad y la ocupación de la persona. Las pólizas pagan los beneficios mensualmente.

¿Qué es la Seguridad Social?

El Seguro Social es el programa de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad (OASDI, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. Lo administra la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), una agencia federal. Es más conocido por los beneficios de jubilación, pero también brinda beneficios para sobrevivientes e ingresos a los trabajadores que quedan discapacitados.

Más de 72 millones de estadounidenses recibirán beneficios del Seguro Social en 2024.

Puntos clave

- El Seguro Social es un programa federal en los EE. UU. que proporciona beneficios de jubilación e ingresos por discapacidad a personas calificadas y a sus cónyuges, hijos y sobrevivientes.
- Los trabajadores deben tener al menos 62 años de edad y haber contribuido al sistema durante 10 años o más para calificar para los beneficios de jubilación del Seguro Social.
- Los trabajadores que esperan hasta los 70 años para cobrar el Seguro Social recibirán beneficios mensuales más altos.
- El monto de los beneficios de jubilación se calcula en función de sus ingresos mensuales indexados promedio (AIME) durante sus 35 años de mayores ingresos. Varía de persona a persona.
- Las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad y los cónyuges e hijos sobrevivientes también pueden ser elegibles para recibir beneficios si cumplen ciertos requisitos.

Cómo funciona la seguridad social

El Seguro Social es un programa de seguros. Los trabajadores contribuyen al programa, generalmente mediante retenciones de nómina de sus cheques de pago. Los trabajadores autónomos pagan impuestos del Seguro Social cuando presentan sus declaraciones de impuestos federales.

Conceptos básicos sobre el impuesto sobre la nómina

¿Qué es un impuesto sobre la nómina?

Un impuesto sobre la nómina incluye los impuestos que los empleados y los empleadores pagan sobre los salarios, las propinas y los sueldos. En el caso de los empleados, los impuestos se retienen de sus cheques de pago y el empleador los paga al gobierno. Estos impuestos incluyen los impuestos federales, estatales y locales sobre la renta. También incluye la parte del empleado de los impuestos de la Seguridad Social y Medicare (FICA), que se pagan al gobierno federal.

Los impuestos que deben pagar los empleadores incluyen su parte del FICA, así como los impuestos federales y estatales de desempleo. La parte de los impuestos sobre la nómina que le corresponde al empleador la paga directamente el empleador y no se retiene de los cheques de pago de los empleados.

Puntos clave

- Los impuestos sobre la nómina se retienen del salario de cada empleado y se remiten al gobierno federal.
- En Estados Unidos, los impuestos sobre la nómina se utilizan para financiar la Seguridad Social y Medicare.
- Tanto los empleadores como los empleados tienen que pagar una parte equivalente de los impuestos de Seguridad Social y Medicare.
- Los impuestos sobre la nómina se utilizan para pagar el gasto del gobierno, incluida la Seguridad Social, Medicare, la infraestructura local y otros programas designados.

Comprender los impuestos sobre la nómina

Los impuestos federales sobre la nómina incluyen las contribuciones a la Seguridad Social y a Medicare, que constituyen el impuesto de la Ley Federal de Contribuciones al Seguro Social (FICA, por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos. Estos impuestos se identifican como MedFICA y FICA en los recibos de pago. El impuesto federal sobre la renta, que también se retiene de los cheques de pago de los empleados, va al fondo general del Tesoro de los Estados Unidos.

¿Qué es el impuesto a la seguridad social?

El programa de Seguridad Social, establecido en 1935, proporciona beneficios financieros mensuales a los trabajadores cuando alcanzan la edad de jubilación, así como a los sobrevivientes de los trabajadores fallecidos (por ejemplo, un cónyuge o un hijo) y a los trabajadores discapacitados.

El impuesto de Seguridad Social es el impuesto que se aplica a empleadores y empleados para financiar el programa de Seguridad Social en los EE. UU. Los ingresos se recaudan en forma de impuesto sobre la nómina y impuesto sobre el trabajo autónomo .

Puntos clave

- Los impuestos del Seguro Social financian los beneficios de jubilación, discapacidad y supervivencia que millones de estadounidenses reciben cada año de la Administración del Seguro Social.
- La tasa de impuesto al Seguro Social es del 12,4% y se divide equitativamente entre empleadores y empleados, sobre una base salarial máxima de $168.600 en 2024 ($160.200 en 2023).
- Los trabajadores autónomos pagan al empleador y al empleado las porciones del impuesto de Seguridad Social, pero solo sobre el 92,35 % de las ganancias netas del negocio.
- Ciertos grupos, incluidos algunos extranjeros no residentes y miembros de grupos religiosos con opiniones específicas, están exentos de pagar el impuesto del Seguro Social.

El impuesto de seguridad social para empleados

El impuesto al Seguro Social es obligatorio según la Ley de Contribuciones al Seguro Federal (FICA) .1 Paga los beneficios que los estadounidenses reciben bajo el programa de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad (OASDI) , el nombre oficial del Seguro Social.

El impuesto de la Seguridad Social se aplica a los ingresos obtenidos por empleados y contribuyentes autónomos. Los empleadores suelen retener este impuesto de los cheques de pago de los empleados y enviarlo al gobierno.

Los fondos recaudados para la Seguridad Social no se colocan en un fideicomiso para el empleado individual que actualmente paga al fondo, sino que se utilizan para pagar a las personas mayores existentes en un sistema de "pago por uso".2

El impuesto de Seguridad Social también se recauda para apoyar a las personas que tienen derecho a beneficios de supervivencia (beneficios pagados a un cónyuge sobreviviente tras la muerte de su cónyuge o a un hijo dependiente tras la muerte de su(s) padre(s).2

A partir de 2024, la tasa impositiva del Seguro Social será del 12,4 %. La mitad del impuesto, o el 6,2 %, lo paga el empleador y el 6,2 % restante lo paga el empleado.

La tasa del impuesto de Seguridad Social se aplica a todos los tipos de ingresos obtenidos por un empleado, incluidas las bonificaciones.3

Sin embargo, existe un límite de ingresos por encima del cual no se puede aplicar el impuesto. El límite para 2024 es de $168,600. Para 2023, es de $160,200.4

El impuesto a la seguridad social para los trabajadores autónomos

El impuesto sobre el trabajo autónomo (que, para los trabajadores autónomos, incluye el impuesto de la Seguridad Social) está establecido por la Ley de Contribuciones de los Trabajadores Autónomos (SECA) .

Se aplica a las ganancias netas de los autónomos, hasta un límite de ingresos: $168.600 en 2024 y $160.200 en 2023. Dado que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) considera que un autónomo es tanto empleador como empleado, tiene que pagar el impuesto completo del Seguro Social del 12,4% por su cuenta.

El impuesto sobre el trabajo por cuenta propia se compone del impuesto de la Seguridad Social y el impuesto de Medicare . A partir de 2024, el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia es del 15,3 % (12,4 % de impuesto de la Seguridad Social + 2,9 % de impuesto de Medicare).5 El impuesto se aplica al 92,35 % de las ganancias netas de la empresa.

Ejemplo

Chen, que dirige una empresa de consultoría de recursos humanos, calcula que su ingreso neto total para 2024 será de 200.000 dólares después de deducir los gastos comerciales . Su tasa impositiva para autónomos será del 92,35 % de 200.000 dólares, o 184.700 dólares (0,9235 x 200.000 dólares).

Sin embargo, dado que esta cantidad supera el límite de ingresos de $168,600, su factura de impuestos en realidad será del 15,3% de $168,600, o $25,795,80 (0,153 x $168,600).

Chen puede reclamar una deducción por encima de la línea por la mitad de su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, o $12,897.90 ($25,795.80 ÷ 2). En efecto, obtiene un reembolso parcial de la porción del 7.65% que corresponde al empleador de su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia (6.2% Seguridad Social + 1.45% Medicare).

El programa de Seguridad Social de los Estados Unidos ofrece a los estadounidenses cierta protección financiera frente a la pérdida de ingresos debido a la jubilación, la muerte o la discapacidad. Los trabajadores jubilados, sus familias y los supervivientes de los trabajadores fallecidos reciben pagos mensuales de prestaciones. La Seguridad Social se financia principalmente con los impuestos que los empleados, sus empleadores y los trabajadores autónomos pagan a lo largo de sus años de trabajo.

Exenciones

No todos los contribuyentes tienen que pagar el impuesto de la Seguridad Social. Existen exenciones para grupos específicos de personas, entre ellas:

- Miembros de un grupo religioso que se oponen a recibir beneficios del Seguro Social durante la jubilación, si están discapacitados o después de la muerte.
- Extranjeros no residentes, es decir, personas que no son ciudadanos ni residentes legales de los Estados Unidos, como las personas que se encuentran en el país temporalmente como estudiantes.
- Extranjeros no residentes que trabajan en los EE. UU. para un gobierno extranjero1.
- Estudiantes que están empleados en la misma escuela en la que están inscritos y cuyo empleo está sujeto a la inscripción continua.

Ejemplo de Impuestos de Seguridad Social

El impuesto a la Seguridad Social es un impuesto regresivo, lo que significa que se retiene una porción mayor del ingreso total de las personas con ingresos más bajos, en comparación con la de las personas con ingresos más altos.12

Consideremos a dos empleados, Aleksandr y Diego. Aleksandr gana $85,000 para el año fiscal 2024 y se le retiene el impuesto de Seguridad Social del 6.2% de su salario. El gobierno federal recauda $5,270 (0.062 x $85,000) de Aleksandr para ayudar a pagar los beneficios de jubilación, supervivencia y discapacidad.

Diego, por otro lado, gana $175,000 para el año fiscal 2024. La tasa de impuesto del Seguro Social solo se aplicará hasta el límite de $168,600.

Por lo tanto, Diego pagará $10,453.20 (0.062 x $168,600) como contribución al programa de Seguridad Social del país para personas mayores, sobrevivientes y personas con discapacidades. Pero su tasa impositiva efectiva para la Seguridad Social es del 6.0% ($10,453.20 ÷ $175,000). Diego, con un ingreso menor, paga impuestos a la tasa más alta del 6.2% ($5,270 ÷ $85,000).

¿Qué es el impuesto a la seguridad social?

El impuesto a la Seguridad Social es el ingreso que recauda el gobierno de los EE. UU. para financiar el programa de Seguridad Social. El impuesto se recauda automáticamente a través de la nómina de los empleados, y tanto los empleadores como los empleados financian el programa. Los trabajadores autónomos lo pagan a través del impuesto al trabajo autónomo, tanto como empleados como empleadores, junto con Medicare. Lo pagan cuando presentan sus impuestos.

¿Cuál es el límite de ingresos del impuesto al Seguro Social?

En 2024, el límite de ingresos para el impuesto al Seguro Social es de $168,600 (en 2023, era de $160,200). Eso significa que los empleados no tendrán que pagar impuestos sobre ninguna cantidad que ganen por encima de $168,600.4

¿Cómo puedo evitar pagar impuestos sobre la seguridad social?

Si gana entre $25,000 y $34,000 durante su jubilación y presenta su declaración como individuo, es posible que deba pagar hasta el 50% en impuestos sobre sus beneficios del Seguro Social. Si gana más de $34,000, es posible que deba pagar hasta el 85%. Para minimizar el impuesto, puede ganar menos, trasladar los activos que generan ingresos a una cuenta de jubilación individual (IRA) , minimizar los retiros de los planes de jubilación o donar sus distribuciones mínimas requeridas (RMD) .13

¿A qué edad no se tributa en la Seguridad Social?

La Seguridad Social siempre está sujeta a impuestos, independientemente de la edad. Sus ingresos en un año determinado determinan si sus beneficios de la Seguridad Social están sujetos a impuestos o no.

El resultado final

El impuesto a la Seguridad Social (a una tasa del 12,4 % a partir de 2024) se aplica a los ingresos laborales de los estadounidenses a lo largo de sus años de trabajo. Los ingresos derivados del impuesto a la Seguridad Social financian el programa de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad (OASDI), que comúnmente se conoce como Seguridad Social.

La mayoría de los estados, así como algunas ciudades y condados , imponen impuestos sobre la renta, que también se retienen como impuestos sobre la nómina. Además, los empleadores, pero no los empleados, también pagan impuestos federales por desempleo por cada uno de sus empleados.

Los impuestos sobre la nómina son recaudados por las autoridades federales y algunos gobiernos estatales en muchos países, incluido Estados Unidos. Estas deducciones de impuestos sobre la nómina se detallan en el recibo de sueldo del empleado. La lista detallada indica cuánto se retiene en concepto de impuestos federales, estatales y municipales sobre la renta, así como los montos recaudados para los pagos de Medicare y Seguridad Social.

Los gobiernos utilizan los ingresos provenientes de los impuestos sobre la nómina para financiar programas específicos, como la seguridad social, la atención médica y la compensación de los trabajadores. Los gobiernos locales pueden recaudar un pequeño impuesto sobre la nómina para mantener y mejorar la infraestructura y los servicios

locales, como los servicios de emergencia, el mantenimiento de las carreteras y los parques.

Montos de impuestos sobre la nómina

La premisa de la Seguridad Social y Medicare es que se debe pagar a estos fondos durante los años de trabajo para poder retirarlos después de jubilarse o en determinadas circunstancias médicas. Un empleado paga el 7,65 % de su salario por Medicare y la Seguridad Social (6,2 % por la Seguridad Social y 1,45 % por Medicare). Un empleador también paga el mismo impuesto del 7,65 % por un empleado, lo que da un total combinado del 15,3 %.

Impuesto sobre la nómina de la seguridad social

Los fondos destinados a los impuestos de la Seguridad Social se destinan a dos fondos fiduciarios: el Fondo Fiduciario del Seguro de Vejez y Sobrevivientes (OASI) , que paga los beneficios de jubilación y de sobreviviente; y el Fondo Fiduciario del Seguro de Incapacidad, para los beneficios por incapacidad. El Secretario del Tesoro , el Secretario del Trabajo, el Secretario de Salud y Servicios Humanos, el Comisionado de la Seguridad Social y dos fideicomisarios públicos administran estos fondos fiduciarios.

El impuesto de la Seguridad Social es del 6,2 %, que pagan tanto el empleado como el empleador, lo que da un total del 12,4 %. En 2024, los ingresos superiores a $168 600 no están sujetos a impuestos para la Seguridad Social.

El presidente Franklin D. Roosevelt promulgó la Ley de Seguridad Social el 14 de agosto de 1935, con el fin de brindar una red de seguridad a los discapacitados y jubilados. Cuando se concibió el programa, las personas con salarios altos estaban exentas de contribuir al fondo y recibir los beneficios de la Seguridad Social; sin embargo, el Congreso de los Estados Unidos reemplazó la exención con un límite que generalmente aumenta al mismo ritmo que los salarios.

Impuesto sobre la nómina de Medicare

Como se indicó anteriormente, los impuestos sobre la nómina también se destinan a Medicare . Estas deducciones de la nómina se destinan a uno de dos fondos fiduciarios separados: el Fondo Fiduciario de Seguro Hospitalario. El Fondo Fiduciario de Seguro Hospitalario paga la Parte A de Medicare y las tarifas administrativas asociadas. La Parte A ayuda a cubrir la atención hospitalaria, la atención de enfermería especializada para pacientes internados y, en algunos casos, la atención domiciliaria.

La mayoría de las personas no pagan una prima por la Parte A (seguro hospitalario), ya que probablemente hayan contribuido al programa durante sus años de trabajo a través del impuesto sobre la nómina. El impuesto para Medicare es del 1,45 % para el empleador y del 1,45 % para el empleado, lo que da un impuesto total de Medicare del 2,9 %. Para las personas que ganan más de 200 000 dólares, se cobra un 0,9 % adicional. Este impuesto adicional solo se aplica al empleado, no al empleador.

El otro fondo fiduciario de Medicare es el Fondo Fiduciario de Seguro Médico Suplementario, que ayuda a pagar las Partes B y D de Medicare y otros costos administrativos del programa de Medicare. La Parte B cubre análisis y exámenes de laboratorio, atención ambulatoria, radiografías, servicio de ambulancia y muchos costos

adicionales. La Parte D ayuda con los medicamentos recetados. Este fondo fiduciario se financia mediante la autorización del Congreso que asigna los fondos, las primas de las personas inscritas en las Partes B y D y otras fuentes, como los intereses devengados por las inversiones del fondo.

Impuestos de desempleo

Los empleadores son los principales responsables de financiar el seguro de desempleo. Si despiden a empleados, estos tienen derecho a recibir prestaciones por desempleo. La tasa de seguro de desempleo que pagará el empleador varía según la industria, el estado y las tarifas federales. Algunos estados también exigen que los empleados contribuyan al seguro de desempleo y discapacidad.

Impuestos sobre el trabajo autónomo

autónomos , incluidos los contratistas, escritores autónomos, músicos y propietarios de pequeñas empresas, también deben pagar impuestos sobre la nómina. A veces, se los denomina impuestos sobre el trabajo autónomo .

A diferencia de la mayoría de los trabajadores asalariados, los autónomos no tienen empleadores que les remitan los impuestos sobre la nómina en su nombre. Por lo tanto, deben cubrir tanto la parte del impuesto correspondiente al empleador como la parte correspondiente al empleado.

La tasa impositiva para los trabajadores autónomos para 2024 es del 15,3%, incluida una contribución del 12,4% a la Seguridad Social (seguro de vejez, de supervivencia y de discapacidad). La otra parte del impuesto es un pago del 2,9% a Medicare, con otro recargo del 0,9% para Medicare sobre los ingresos que superen los 200.000 dólares.

Si trabaja por cuenta propia, puede deducir la parte del empleador de los impuestos FICA como gasto comercial.

Impuestos sobre la nómina vs. impuestos sobre la renta

Existe una distinción entre el impuesto sobre la nómina y el impuesto sobre la renta , aunque ambos se deducen de los cheques de pago. Los impuestos sobre la nómina se utilizan para financiar programas específicos. Los impuestos sobre la renta van a los fondos generales del Tesoro de los EE. UU.1 El impuesto sobre la renta estatal, si el estado recauda alguno, va al tesoro estatal.

Todos pagan una tasa impositiva fija sobre la nómina hasta un límite anual. Sin embargo, el impuesto sobre la renta es progresivo y varía según los ingresos de cada individuo.

¿Qué constituye los impuestos sobre la nómina?

Los impuestos sobre la nómina incluyen todos los impuestos sobre el salario, el sueldo, las bonificaciones, las comisiones y las propinas de una persona. Estos impuestos se utilizan para pagar la seguridad social, Medicare, el seguro de desempleo, los programas gubernamentales y la infraestructura local.

¿Qué es el impuesto FICA?

El impuesto FICA significa Ley de Contribuciones al Seguro Federal y se utiliza para pagar la Seguridad Social y Medicare. El impuesto total es del 15,3 %, que se divide equitativamente entre el empleador y el empleado, lo que significa que cada uno paga un impuesto del 7,65 %. Este impuesto se compone del impuesto de la Seguridad Social (6,2 %) y el impuesto de Medicare (1,45 %).

¿Todos pagan un impuesto sobre la nómina?

Sí, en general, todo el mundo paga un impuesto sobre la nómina, que se deduce automáticamente del salario. Los impuestos de la Seguridad Social y Medicare son regresivos (todos pagan la misma cantidad), mientras que el impuesto sobre la renta es progresivo (aquellos que ganan más pagan un tipo impositivo más alto). Si no recibe un salario, debe pagar impuestos estimados equivalentes a lo que se le habría retenido de sus ingresos.

El resultado final

Los impuestos sobre la nómina son los impuestos que los empleados y los empleadores pagan sobre los salarios, las propinas y los sueldos. Estos impuestos incluyen los impuestos federales, estatales y locales, así como los impuestos FICA, que son impuestos para la Seguridad Social y Medicare. Todos estos impuestos se descuentan del salario de un empleado.

Estos impuestos financian una variedad de programas, entre ellos la seguridad social, la atención médica, los gastos de defensa, los salarios del gobierno y la compensación de los trabajadores. Los gobiernos locales pueden recaudar un pequeño impuesto sobre la nómina para mantener y mejorar la infraestructura y los servicios locales, incluidos los servicios de emergencia, el mantenimiento de las carreteras y los parques.

Los trabajadores pueden obtener hasta cuatro créditos por año. Se otorga un crédito de hasta $6,920 por cada $1,730 ganados en 2024, o hasta cuatro créditos obtenidos.

El dinero se destina a dos fondos fiduciarios de la Seguridad Social: el Fondo Fiduciario del Seguro de Vejez y Sobrevivientes (OASI, por sus siglas en inglés) para los jubilados y el Fondo Fiduciario del Seguro de Incapacidad (DI, por sus siglas en inglés) para los beneficiarios de una discapacidad. Estos dos fondos se utilizan para pagar los beneficios a las personas que actualmente tienen derecho a recibirlos. El dinero que no se gasta permanece en los fondos fiduciarios.6

Una junta de fideicomisarios supervisa las operaciones financieras de los dos fondos fiduciarios de la Seguridad Social. Cuatro de los seis miembros son los secretarios de los Departamentos del Tesoro, Trabajo y Salud y Servicios Humanos, y el Comisionado de la Seguridad Social. Los dos miembros restantes son representantes públicos designados por el presidente y confirmados por el Senado.

Medicare es el programa federal de seguro médico para los estadounidenses mayores de 65 años y algunas personas que reciben beneficios de Medicare debido a una discapacidad. También se financia mediante retenciones de nómina. Este dinero se destina a un tercer fondo fiduciario que administran los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) .

El Seguro Social proporciona beneficios a los jubilados, a sus sobrevivientes y a los trabajadores que quedan discapacitados.

Los cónyuges y ex cónyuges pueden ser elegibles para recibir beneficios basados en los registros de ingresos de sus parejas o ex parejas.

¿Quién puede obtener beneficios de jubilación?

Los trabajadores que han contribuido al sistema de Seguridad Social durante al menos 10 años se vuelven elegibles para recibir beneficios de jubilación anticipada a los 62 años.5 Esperar hasta la edad de jubilación completa (FRA) (entre los 66 y 67 años, dependiendo del año en que nació) resulta en beneficios mensuales más altos.12 Recibirá incluso más si demora el cobro de los beneficios de jubilación hasta los 70 años, pero los beneficios no continúan aumentando si espera más tiempo que eso.

Los cónyuges también pueden solicitar beneficios en función de sus propios registros de ingresos o de los registros de sus cónyuges. Un cónyuge divorciado que no esté casado actualmente puede recibir beneficios en función del registro de ingresos de un ex cónyuge si el matrimonio duró al menos 10 años. Los hijos de jubilados también pueden recibir beneficios hasta que cumplan 18 años o más si el hijo es discapacitado o estudiante. El límite de edad es 16 años si está a cargo de un hijo que no es suyo.

¿Cuánto puedo recibir en beneficios del Seguro Social?

El monto de su beneficio de jubilación del Seguro Social depende de sus ingresos mensuales indexados promedio (AIME, por sus siglas en inglés) durante sus 35 años de mayores ingresos. Los montos variarán significativamente entre jubilados. El beneficio de jubilación mensual promedio fue de $1,869.77 en junio de 2024.

Su monto anual aumenta en un 8% por cada año que demore en cobrar los beneficios si su edad de jubilación es de 66 a 67 años. Esto comienza con el año después de alcanzar su edad de jubilación completa y termina a los 70 años. Aquellos que comienzan a recibir el Seguro Social cuando alcanzan la edad de jubilación completa de 66 años recibirían el 100% de su monto de seguro primario (PIA) . Recibirían el 108% de su PIA si demoraran la recepción de los beneficios hasta el año siguiente. Recibirían el 132% si demoraran la recepción hasta los 70 años.

Administración del Seguro Social. “ Efecto de la jubilación anticipada o retrasada en los beneficios de jubilación ” .

El beneficio varía según el momento en que comience a recibirlo. El beneficio mensual máximo para las personas de 62 años es de $2,710 ($32,350 anuales) en 2024. Es de $4,873 ($58,476 anuales) para quienes hayan cumplido 70 años.

Cada año, se realiza un ajuste por costo de vida a los beneficios del Seguro Social para mantener el ritmo de la inflación . Fue del 8,7 % para 2023 y del 3,2 % para 2024.

Los trabajadores pueden obtener una proyección de sus beneficios en diferentes edades de jubilación utilizando una calculadora que se encuentra en el sitio web de la Administración del Seguro Social.

El Seguro Social ofrece un beneficio mínimo especial para las personas que han tenido ingresos bajos durante mucho tiempo, que se promulgó por primera vez en 1972. Debes tener ingresos durante al menos 11 años para calificar. El beneficio mínimo mensual especial fue de $50.90 ($610.80 anuales) para diciembre de 2023. Aumenta por cada año adicional de trabajo con bajos ingresos, hasta un máximo de $1,066.50 o $12,798 anuales para las personas que han trabajado durante 30 años.

¿Quién puede obtener beneficios por discapacidad?

Las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad física o mental que se espera que dure un año o más o que resulte en la muerte pueden ser elegibles para recibir beneficios por discapacidad del Seguro Social (SSDI) . Por lo general, debe cumplir con ciertas pruebas de ingresos para calificar.20 Los familiares de trabajadores discapacitados también pueden ser elegibles.

¿Cuánto puedo obtener en beneficios por discapacidad?

aproximadamente 8,3 millones de estadounidenses recibían beneficios del SSDI . El beneficio mensual promedio era de $1398,08 ($16 776,96 al año). El promedio mensual para los trabajadores discapacitados era de $1537,70 ($18 452,40 al año). Los cónyuges de trabajadores discapacitados recibían un promedio de $420,74 mensuales ($5048,88 al año) y los hijos de trabajadores discapacitados recibían $493,19 mensuales ($5918,28 al año).

¿Quién puede obtener beneficios de sobreviviente?

El cónyuge y los hijos de un trabajador fallecido pueden ser elegibles para recibir beneficios de sobreviviente según el historial de ingresos del trabajador. Esto incluye a los cónyuges sobrevivientes que tengan 60 años o más o 50 años o más y estén discapacitados. Un cónyuge sobreviviente que esté a cargo de un niño menor de 16 años o discapacitado también puede ser elegible para estos beneficios.

Por lo general, los hijos deben ser menores de 18 años o estar discapacitados para recibir los beneficios. Un hijastro, un nieto, un nietastro o un hijo adoptado también pueden calificar para recibir los beneficios en determinadas circunstancias.

Los padres que tengan 62 años o más y que dependieran de un trabajador fallecido para obtener al menos la mitad de sus ingresos también pueden tener derecho a recibir beneficios. Los cónyuges sobrevivientes y los hijos menores también tienen derecho a un pago único de $255 después de la muerte de un trabajador elegible en determinadas circunstancias.

¿Cuánto puedo obtener en beneficios de sobreviviente?

En junio de 2024, aproximadamente 5,8 millones de personas estaban cobrando prestaciones por fallecimiento. La prestación mensual promedio fue de $1507,76 o $18 093,12 al año. Las prestaciones por fallecimiento se dividen en cinco categorías. Los pagos promedio en junio de 2024 fueron:

- Hijos de trabajadores fallecidos: $1,105.32 mensuales ($13,263.84 anuales)
- Madres y padres viudos: $1,279.53 mensuales ($15,354.36 anuales)
- Viuda(s) no discapacitada(s): $1,784.09 mensuales ($21,409.08 anuales)
- Viuda(s) discapacitada(s): $927,89 mensuales ($11,134.68 anuales)
- Padres de trabajadores fallecidos: $1,618.45 mensuales ($19,421.40 anuales)1

La historia de la seguridad social

El sistema de Seguridad Social se creó el 14 de agosto de 1935, cuando el presidente Franklin D. Roosevelt firmó la Ley de Seguridad Social . Los primeros cheques de

prestaciones mensuales se empezaron a pagar el 1 de enero de 1940. Ida M. Fuller, una secretaria jurídica jubilada de Vermont, fue la primera persona en cobrar uno. Su cheque era de 22,54 dólares.

El sistema y sus reglas han evolucionado desde 1935. La Seguridad Social es uno de los programas gubernamentales más grandes del mundo y paga cientos de miles de millones de dólares en beneficios cada año.

183 millones

El número de personas que pagaron impuestos del Seguro Social en 2023.

El futuro de la seguridad social

Se han expresado preocupaciones sobre el envejecimiento de la población estadounidense y la viabilidad de un sistema en el que menos trabajadores activos sustentarán a un mayor número de jubilados a medida que el costo de vida continúa aumentando.

En su informe de 2024, la Junta de Síndicos del Seguro Social estimó que las reservas del fondo de jubilación (Fondo Fiduciario OASI) se agotarán en 2033. Esta cifra no varió con respecto a la proyección del año anterior. Los ingresos fiscales actuales serán suficientes para pagar solo el 79% de los beneficios programados después de esa fecha.

El informe también proyectó que las reservas del Fondo Fiduciario del Seguro Hospitalario (HI) que financia la Parte A de Medicare se agotarán en 2036. Esto es cinco años más tarde de lo proyectado en 2023. Los ingresos del programa podrán cubrir el 89% de los beneficios programados después de 2036.

El Congreso tendrá que encontrar formas de llenar el vacío si estas predicciones se cumplen. Esto podría significar impuestos más altos para los trabajadores, menores beneficios, requisitos de edad más altos para los jubilados o alguna combinación de estos elementos.

¿Qué beneficios proporciona la Seguridad Social?

El Seguro Social ofrece pagos mensuales de beneficios a jubilados calificados, personas discapacitadas y sus cónyuges, hijos y sobrevivientes. El monto del beneficio se basa en varios factores, incluido el historial de ingresos.

¿Cuál es la diferencia entre el Seguro Social y el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)?

El Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés) es un programa independiente del Seguro Social. Proporciona distribuciones mensuales de efectivo a personas mayores o discapacitadas con ingresos bajos o nulos para ayudarlas a cubrir sus necesidades básicas. Usted puede ser elegible tanto para los beneficios del Seguro Social como para el SSI.

¿Qué es la edad de jubilación plena (FRA)?

La edad de jubilación plena (FRA, por sus siglas en inglés) es la edad que debe alcanzar para poder recibir los beneficios de jubilación completos del Seguro Social. Su

FRA varía según su fecha de nacimiento. Es de 66 años y dos meses para quienes nacieron en 1955 y aumenta gradualmente hasta los 67 años para quienes nacieron en 1960 o después.

El resultado final

La promulgación del Seguro Social en 1935 fue uno de los logros más destacados de la administración del presidente Franklin D. Roosevelt. El programa sigue siendo una piedra angular de la jubilación de la mayoría de los estadounidenses y beneficia a más de 72 millones de personas.

Los montos de los beneficios varían según los ingresos y los años de empleo. Los cónyuges sobrevivientes, los hijos, los padres y los trabajadores discapacitados y sus familiares también pueden tener derecho a recibir beneficios, además de los trabajadores jubilados.

El beneficio promedio de un trabajador jubilado asciende a unos 20.000 dólares anuales, por lo que no se debe confiar en el programa como única fuente de ingresos para la jubilación. Es importante complementarlo con otras fuentes de financiación para la jubilación, como cuentas de jubilación individuales (IRA) , planes patrocinados por el empleador, como un 401(k) o un 403(b) , y otros ahorros e inversiones.

Puntos clave

- El seguro de ingresos por discapacidad proporciona ingresos a las personas aseguradas cuando ya no pueden trabajar debido a un accidente, lesión, enfermedad y/o discapacidad.
- El seguro DI está disponible a través de empleadores, la Administración del Seguro Social o compañías de seguros privadas.
- Las pólizas pagan beneficios por cobertura de discapacidad a corto o largo plazo.
- Las primas se basan en una serie de factores, incluida la edad y la ocupación de la persona.
- Las pólizas pagan los beneficios mensualmente, normalmente después del período de espera.

Cómo funciona el seguro de ingresos por discapacidad (DI)

Las discapacidades pueden causar una alteración en los ingresos e impedir que las personas mantengan su nivel de vida , paguen sus facturas o mantengan a sus familias. Hasta un 43 % de las personas de 40 años tendrán una discapacidad a largo plazo cuando cumplan 65 años. Inscribirse en una póliza de seguro de ingresos por discapacidad puede ayudar a las personas a mitigar las pérdidas derivadas de una enfermedad o accidente que provoque una discapacidad a corto o largo plazo.

El seguro DI no está diseñado para garantizar el 100 % de sus ingresos regulares. En cambio, pretende reemplazar entre el 45 % y el 65 % de sus ingresos brutos . Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los empleadores brindan a sus empleados beneficios de seguro DI. Este tipo de programa se conoce como cobertura de seguro grupal . Los beneficios también están disponibles para las personas aseguradas y sus

familias a través de la Administración del Seguro Social (SSA). Las personas pueden optar por comprar un seguro DI para complementar la cobertura existente o si no tienen ningún seguro.

Las primas se basan en una serie de factores, entre ellos su edad y su ocupación. Si trabaja en un campo que presenta un mayor riesgo de sufrir lesiones, sus primas serán más altas. La cantidad de ingresos que recibe también se tiene en cuenta en el monto que paga por la cobertura: cuanto más gane, más altas serán sus primas.1 Las pólizas pagan beneficios en caso de que una enfermedad, un accidente o una lesión le impidan realizar las tareas materiales y sustanciales de su ocupación.

Los beneficios están libres de impuestos porque el asegurado utiliza dólares después de impuestos para pagar las primas.

Es posible que tenga que pagar impuestos sobre sus beneficios si su empleador paga su cobertura de seguro DI.

Contribución después de impuestos: definición, reglas y límites

¿Qué es una contribución después de impuestos?

Una contribución después de impuestos es dinero que se paga a una cuenta de jubilación o de inversión después de que ya se hayan deducido los impuestos sobre la renta de esas ganancias. Al abrir una cuenta de jubilación con ventajas impositivas , una persona puede optar por diferir los impuestos sobre la renta adeudados hasta después de jubilarse, si se trata de una cuenta de jubilación tradicional, o pagar los impuestos sobre la renta en el año en el que se realiza el pago, si se trata de una cuenta de jubilación Roth.

Algunos ahorradores, en su mayoría aquellos con ingresos más altos, pueden aportar ingresos después de impuestos a una cuenta tradicional además del monto máximo permitido antes de impuestos. No obtienen ningún beneficio fiscal inmediato. Esta combinación de dinero antes y después de impuestos requiere una contabilidad cuidadosa a efectos fiscales.

Puntos clave

- Hay contribuciones antes de impuestos y después de impuestos a las cuentas de jubilación.
- Las cuentas tradicionales consisten en contribuciones antes de impuestos, y las cuentas Roth consisten en contribuciones después de impuestos.1
- Si cree que tendrá un ingreso menor durante la jubilación, una cuenta tradicional puede ser una buena opción. Si cree que tendrá un ingreso mayor durante la jubilación, una Roth puede ser una buena opción.
- El límite anual para financiar una cuenta IRA en 2024 es de $7000 por año si tiene menos de 50 años ($8000 para quienes tengan 50 años o más). Para 2023, esas cifras fueron $6500 y $7500.
- El límite anual para financiar un plan 401(k) en 2024 es de $23,000 por año si tiene menos de 50 años ($30,500 para aquellos de 50 años o más). Para 2023, esas cifras fueron $22,500 y $30,000.

Entendiendo las contribuciones después de impuestos

Para alentar a los estadounidenses a ahorrar para sus años de jubilación, el gobierno ofrece varios planes de jubilación con ventajas fiscales, como el plan 401(k) , ofrecido por muchas empresas a sus empleados, y la cuenta de jubilación individual (IRA) , que cualquier persona con ingresos laborales puede abrir a través de un banco o una correduría.

La mayoría de las personas, pero no todas, que abren una cuenta de jubilación pueden elegir cualquiera de las dos opciones principales:

- La cuenta de jubilación tradicional permite a su titular depositar dinero antes de impuestos en una cuenta de inversión. Es decir, el dinero no está sujeto al impuesto sobre la renta en el año en que se paga. El ingreso bruto imponible del ahorrista para ese año se reduce en el monto de la contribución. El IRS recibirá lo que le corresponde cuando el titular de la cuenta retire el dinero, generalmente después de jubilarse.

- La cuenta Roth es la opción después de impuestos . Permite al ahorrista depositar dinero después de que se hayan pagado impuestos. Esto afecta más a los ingresos netos inmediatos de la persona. Pero después de la jubilación, no se deben más impuestos sobre el saldo total de la cuenta, siempre que hayan pasado cinco años desde que se realizó la primera contribución a la cuenta. Existen las cuentas Roth IRA , Roth 457(b) y Roth 403(b) . La opción Roth 401(k) (conocida como opción Roth designada) es más nueva y no todas las empresas las ofrecen a sus empleados. Las personas que ganan más de un límite establecido no son elegibles para contribuir a una cuenta Roth IRA.

¿Después de impuestos o antes de impuestos?

La opción Roth después de impuestos ofrece el atractivo de contar con un fondo de jubilación que no está sujeto a impuestos adicionales. Es la opción más sensata para quienes creen que podrían pagar una tasa impositiva más alta en el futuro, ya sea por sus ingresos de jubilación previstos o porque piensan que los impuestos aumentarán.

Además, el dinero aportado después de impuestos se puede retirar en cualquier momento sin penalización. (Sin embargo, no sucede lo mismo con las ganancias de la cuenta; los titulares de la cuenta deben esperar hasta cumplir 59 años y medio para retirar las ganancias sin penalización.)3

En el lado negativo, la opción después de impuestos significa un cheque de pago más pequeño con cada contribución a la cuenta.

La opción antes de impuestos o tradicional reduce los impuestos que debe pagar el ahorrista durante el año en que se realizan las contribuciones y tiene un impacto menor en los ingresos actuales. En una cuenta tradicional que se financia con contribuciones antes de impuestos, los retiros se consideran ingresos sujetos a impuestos, ya sea dinero ingresado o ganancias del dinero ganado.

Límites de contribución

Tanto las cuentas de jubilación antes como después de impuestos tienen límites sobre el monto que se puede aportar cada año:

- El límite de contribución anual para las cuentas IRA tradicionales y Roth es de $7000 para el año fiscal 2024 ($6500 en 2023). Las personas de 50 años o más pueden depositar una contribución adicional de recuperación de $1000 tanto en 2023 como en 2024.

- El límite de contribución anual para los planes Roth y 401(k) tradicionales es de $23,000 para el año fiscal 2024 ($22,500 en 2023), más hasta $7,500 adicionales para personas de 50 años o más tanto en 2023 como en 2024.

Si tiene una cuenta antes de impuestos o tradicional, deberá pagar impuestos sobre el dinero retirado antes de los 59 años y medio. Los fondos también están sujetos a una multa del 10 % por retiro anticipado .

Consideraciones especiales

Los retiros de contribuciones después de impuestos a una IRA tradicional no deberían estar sujetos a impuestos. Sin embargo, la única forma de asegurarse de que esto no suceda es presentar el Formulario 8606 del IRS . El Formulario 8606 debe presentarse

cada año en que realice contribuciones después de impuestos a una IRA tradicional y cada año posterior hasta que haya agotado todo su saldo después de impuestos.

Dado que los fondos de la cuenta están separados en componentes imponibles y no imponibles, calcular el impuesto adeudado sobre las distribuciones requeridas es más complicado que si el titular de la cuenta hubiera hecho solo contribuciones antes de impuestos.

¿Cuáles son los límites del IRA?

Los límites de contribución a la IRA para 2023 son $7,000 ($6,500 en 2023). Si tiene 50 años o más, puede contribuir $1,000 adicionales tanto en 2023 como en 2024. Estos límites se aplican tanto a las IRA tradicionales como a las Roth IRA.

¿Puedo contribuir tanto a una IRA tradicional como a una IRA Roth?

Sí, puedes contribuir tanto a una IRA tradicional como a una IRA Roth. No existen restricciones para contribuir a ambas; sin embargo, el monto total que contribuyas a ambas no puede superar el límite general para IRA establecido por el IRS. Ese límite en 2024 es de $7,000. Para 2023, fue de $6,500. Se permiten $1,000 adicionales en ambos años si tienes 50 años o más.

¿Es mejor hacer contribuciones antes o después de impuestos?

La conveniencia de realizar contribuciones antes o después de impuestos dependerá de sus circunstancias financieras. La regla general es que las contribuciones antes de impuestos son mejores para quienes tienen mayores ingresos, mientras que las contribuciones después de impuestos son mejores para quienes tienen menores ingresos, en particular aquellos que esperan estar en una categoría impositiva más alta cuando se jubilen.

El resultado final

Las contribuciones después de impuestos a las cuentas de jubilación pueden ser beneficiosas si espera estar en un nivel de impuestos a la renta más alto cuando se jubile. Esto puede no ser siempre así y la situación de cada persona es diferente. Por lo general, es bueno tener una combinación de cuentas de jubilación que permitan ventajas impositivas en el presente y cuando se jubile.

Consideraciones especiales

Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad contienen un monto de beneficio mensual específico que se basa en sus ingresos mensuales o anuales. Por ejemplo, el beneficio que le brinda su empleador puede pagar $3,000 por mes. A menos que se indique en la póliza, las pólizas de DI no se coordinan con los beneficios del Seguro Social, sino que pagan además de estos. Busque una póliza indexada que se mantenga actualizada con la inflación, ya que es probable que sus beneficios no entren en vigencia durante algún tiempo.

La mayoría de las compañías de seguros ofrecen planes que tienen un período máximo de beneficio de dos, tres, cinco o diez años. Sin embargo, algunas compañías tienen planes que pagan hasta los 65, 67, 70 años o por el resto de la vida. Una vez más, el precio aumenta para comprar un período de beneficio extendido.

Las pólizas tienen períodos de espera antes de que puedas recibir los pagos de beneficios. Esto se refiere a la cantidad de tiempo o número de días que estás incapacitado antes de que comiencen a cobrarse los beneficios. Estos períodos, que también se denominan períodos de eliminación , varían según el empleador y la aseguradora. El período más común es de 90 días. Cuanto más corto sea el período de eliminación, más cara será la prima.

Período de espera: definición, tipos y ejemplos

¿Qué es un período de espera?

Un período de espera es el tiempo que debe esperar un asegurado antes de que entre en vigencia parte o la totalidad de su cobertura . Es posible que el asegurado no reciba beneficios por las reclamaciones presentadas durante el período de espera. Los períodos de espera también se conocen como períodos de eliminación y períodos de calificación.

Puntos clave

- Un período de espera, también conocido como período de calificación, es el tiempo antes de que entre en vigencia la cobertura del seguro.
- Varias pólizas de seguro pueden tener períodos de espera, incluido el seguro de vivienda, el seguro de automóvil y el seguro por discapacidad a corto plazo.
- Los períodos de espera suelen ser utilizados por empresas que experimentan altas tasas de rotación.
- Algunos planes de seguro de salud privados tienen períodos de espera más largos, como por ejemplo para atención por cáncer o maternidad.

Cómo funciona un período de espera

El período de espera o período de eliminación antes de que el asegurado pueda presentar reclamos varía según la aseguradora, la póliza y el tipo de seguro. En el caso de períodos de espera más prolongados antes de que se active la cobertura, el costo de la prima puede reducirse levemente. En el ámbito de los seguros de salud, existen varios tipos de períodos de espera.

Un período de espera del empleador requiere que el empleado espere un período específico, como tres meses, antes de poder recibir los servicios de salud subsidiados por la empresa. A menudo, una disposición como esta se aplica a una empresa que espera una alta tasa de rotación de empleados. Una vez que un empleado se inscribe, puede tener un período de espera adicional antes de poder solicitar la cobertura.

Las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) tienen períodos de espera para la afiliación. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) regula los períodos de espera para la afiliación y no permite que superen los dos meses (tres meses para los inscriptos tardíos).

El período de exclusión por condición preexistente varía de uno a 18 meses. Estos tiempos de espera se refieren a condiciones de salud específicas que una persona puede tener en los seis meses anteriores a la inscripción en un plan de seguro médico. La cobertura puede ser limitada o excluida para la condición preexistente. Sin embargo, si el asegurado puede demostrar un seguro ininterrumpido antes de cambiar de póliza, esa cobertura puede contar para la exclusión por condición preexistente. Las exenciones permiten que quienes tengan al menos un año de cobertura médica grupal en un trabajo y un período de no más de 63 días eviten esta disposición.

Algunos planes de seguro médico privados conllevan largos períodos de espera obligatorios para ciertos tipos de cobertura:

- La atención oncológica y cardiovascular puede tener períodos de espera de hasta dos años.
- Las esperas para recibir atención de maternidad pueden ser de hasta 10 a 12 meses, pero lo más común es de 30 a 90 días.
- El período de espera para recibir atención dental suele ser de entre 6 y 12 meses. Algunas compañías de seguros también imponen restricciones o períodos de espera adicionales que controlan la frecuencia con la que el asegurado puede recibir tratamientos dentales específicos . Por ejemplo, el reemplazo de la dentadura postiza puede estar restringido a una vez cada cinco años.

Los asegurados deben considerar su capacidad de pago de gastos al elegir la duración del período de espera para una póliza.

Tipos de períodos de espera

Los períodos de espera para el seguro de vivienda suelen durar entre 30 y 90 días antes de que la cobertura entre en vigencia. Una vez que vence el período de espera, los asegurados pueden presentar reclamos contra la póliza. Los períodos de espera varían según el proveedor de seguros. Además, en algunas regiones, como las zonas costeras, cuando una tormenta con nombre afecta la zona, las nuevas pólizas no entran en vigencia hasta que pasa la tormenta.

Algunos estados pueden imponer períodos de espera para otros productos de seguros. Por ejemplo, Texas impondrá un período de espera de 60 días para las nuevas pólizas de seguro de automóvil. Este período le da al proveedor la oportunidad de decidir si el conductor se ajusta a su perfil de riesgo. Durante el período de 60 días, la compañía puede cancelar la póliza de automóvil si tiene inquietudes sobre el perfil de riesgo o problemas no revelados.

La cobertura por incapacidad a corto plazo puede tener períodos de espera de tan solo unas pocas semanas, pero estas pólizas tendrán primas más altas. La mayoría de las pólizas a corto plazo esperan entre 30 y 90 días para obtener la cobertura. Los períodos de espera por incapacidad a largo plazo pueden ser de entre 90 días y un año completo. Al igual que con otros productos de seguros, durante el período de prueba no se pagan beneficios. En el caso del Seguro Social, los pagos por incapacidad también tendrán un período de espera de cinco meses.

Las pólizas no pagan el 100 % del salario de un empleado y es posible que no garanticen la protección del empleo. Pero la mayoría de las pólizas cuentan con ciertas protecciones. Las pólizas no cancelables significan que las aseguradoras no pueden cancelar la póliza por ningún motivo a menos que dejes de pagar tus primas. Las pólizas renovables garantizadas permiten que las personas renueven sus pólizas sin realizar cambios. Pero la aseguradora puede aumentar las primas en cualquier momento.

No todas las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad son iguales. Debe revisar cualquier cobertura que le ofrezca su empleador o aseguradora privada antes de inscribirse.

Cómo obtener un seguro de ingresos por discapacidad

el seguro de propietarios de viviendas , no es obligatorio tener un seguro por discapacidad . Sin embargo, la mayoría de los empleadores ofrecen a sus empleados algún tipo de seguro por discapacidad como parte de sus paquetes de beneficios anuales. También pueden ofrecer la opción de cobertura adicional. Las primas se pagan a través de deducciones regulares de la nómina .

La compensación de los trabajadores es una forma de seguro por discapacidad exigida por el gobierno. Las personas reciben beneficios a través de empleadores que están cubiertos por la Ley de Seguridad y Seguros en el Trabajo. Esta forma de seguro por discapacidad cubre lesiones o enfermedades como resultado del empleo. La compensación generalmente cubre los gastos médicos relacionados con las lesiones de un empleado o el equivalente a una paga por enfermedad durante una licencia médica.

La calidad y el alcance de la cobertura de compensación para trabajadores y brindada por el empleador pueden dejar a un empleado discapacitado sin la protección que necesita. Muchos planes ofrecidos por el empleador son parte de un conjunto de coberturas y pueden no pagar los niveles que un empleado necesita para cubrir sus gastos. Puede optar por elegir una cobertura complementaria por su cuenta a través de una compañía de seguros privada. Esto es especialmente importante para los trabajadores autónomos y los propietarios de pequeñas empresas que no pueden reclamar la compensación para trabajadores por sí mismos.

Como se indicó anteriormente, es posible que califique para recibir beneficios por discapacidad a través de la Administración del Seguro Social. El Seguro por Discapacidad del Seguro Social y el Seguro de Seguridad Suplementario (SSI) brindan beneficios a las personas aseguradas y a sus familias. Estar asegurado significa que trabajó durante mucho tiempo (y recientemente) y contribuyó a través de impuestos del Seguro Social sobre sus ganancias. Esto significa que en realidad no compra cobertura a través del SSA de la misma manera que lo haría a través de una compañía de seguros privada. Debe presentar la solicitud en línea, por teléfono, en persona o por correo para comenzar a recibir los beneficios, que tienen un límite. La agencia realiza cambios todos los años.

California, Hawái, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island y Puerto Rico exigen que todos los empleadores participen en planes de ingresos por discapacidad. La participación en cualquier tipo de plan es completamente voluntaria para los empleadores de otros estados.

Tipos de seguro de ingresos por discapacidad (DI)

El seguro de ingresos por discapacidad se presenta en dos tipos diferentes: cobertura por discapacidad a corto y largo plazo. A continuación, enumeramos algunos de los componentes básicos de cada uno.

Seguro de ingresos por incapacidad a corto plazo

La incapacidad a corto plazo ofrece a los empleados cobertura por el tiempo que pasan fuera del trabajo durante un período corto. El seguro de salario cubre eventos, como una enfermedad, accidente o lesión, en los que el empleado tiene la intención de volver a trabajar después de algunas semanas, meses o un año. La mayoría de las pólizas de incapacidad a corto plazo tienen un período de espera de cero a 14 días antes de que se activen los beneficios. Los beneficios solo se pueden pagar por un máximo de dos años.

Seguro de ingresos por incapacidad a largo plazo

el seguro por incapacidad a largo plazo cubre a las personas que pueden experimentar eventos más prolongados o que duran más tiempo. Los planes de los empleadores normalmente funcionan en conjunto con los planes por incapacidad a largo plazo. Esto significa que las personas comienzan a recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo antes de que entren en vigencia los beneficios a largo plazo. En pocas palabras, los beneficios a largo plazo comienzan después de que se hayan pagado por completo los beneficios a corto plazo.

El período de espera para recibir los beneficios de LTD puede variar desde unas pocas semanas hasta varios meses. El beneficio máximo va más allá de la cobertura de STD, desde unos pocos años hasta el resto de la vida del asegurado.

El costo del seguro de ingresos por discapacidad (DI)

La prima final del seguro de ingresos por discapacidad varía y se basa en una serie de factores. Las primas de la póliza generalmente oscilan entre el 1% y el 3% de sus ingresos brutos.10 Las aseguradoras también tienen en cuenta la edad durante el proceso de suscripción. La edad mínima para los solicitantes es de 18 años, mientras que la máxima suele ser de 60. A diferencia del seguro de vida , las tarifas del seguro DI para mujeres son más altas por unidad de cobertura que las de los solicitantes masculinos.

Históricamente, las aseguradoras han pagado más y en cantidades más elevadas por las reclamaciones presentadas por mujeres, incluidas las presentadas en una etapa más temprana de sus vidas. Esto puede atribuirse al embarazo, el parto y las tasas más altas de depresión y trastornos autoinmunes. Las fumadoras también pueden esperar pagar hasta un 25 % más por la misma protección que las no fumadoras debido a la mayor incidencia de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

Al determinar las primas, los proveedores suelen clasificar a los solicitantes en función de su carrera y de sus ingresos. Estas clasificaciones se basan en la experiencia de la aseguradora en reclamaciones por estas categorías de trabajo e ingresos. La clasificación con el menor riesgo paga menos.

Política de gastos generales de la empresa

- **Descripción** : Cubre los gastos comerciales como alquiler, servicios públicos y salarios de los empleados si el propietario de la empresa queda discapacitado.
- **Ejemplo** : una póliza que paga $5,000 por mes para cubrir el alquiler de la oficina y los servicios públicos mientras el propietario se recupera de una cirugía.

¿Qué es el seguro de ingresos por discapacidad?

El seguro de ingresos por discapacidad es un tipo de póliza de seguro que brinda apoyo financiero a las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad.

Esta cobertura ayuda a reemplazar una parte de los ingresos del asegurado, lo que le facilita mantener su estabilidad financiera y cubrir sus gastos durante su período de recuperación.

El seguro de ingresos por discapacidad es un componente esencial de la planificación financiera porque ayuda a proteger a las personas y a sus familias de las posibles dificultades financieras que pueden resultar de una enfermedad o lesión inesperada.

La pérdida de ingresos durante una discapacidad puede afectar significativamente la situación financiera de una persona, dificultando cubrir gastos esenciales como vivienda, atención médica y costos de vida diaria.

Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad generalmente cubren una amplia gama de discapacidades, incluidas condiciones de salud física y mental que pueden impedir que una persona trabaje.

Algunos ejemplos incluyen trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, trastornos de salud mental y afecciones neurológicas.

Tipos de seguro de ingresos por discapacidad

Seguro de incapacidad a corto plazo

Periodo de cobertura

El seguro por incapacidad a corto plazo ofrece cobertura por un tiempo limitado, que suele oscilar entre tres y seis meses. Este tipo de póliza está diseñada para brindar apoyo financiero temporal a personas que se recuperan de una enfermedad o lesión breve.

Montos de los beneficios

Las pólizas de seguro por incapacidad a corto plazo suelen ofrecer un monto de beneficio que reemplaza un porcentaje de los ingresos del asegurado antes de la incapacidad, a menudo alrededor del 60-80%. Este monto suele pagarse semanal o mensualmente, según los términos de la póliza.

Período de espera

Las pólizas de seguro por discapacidad a corto plazo generalmente tienen un período de espera, también conocido como período de eliminación, que es el tiempo entre el inicio de la discapacidad y cuando el titular de la póliza comienza a recibir los beneficios.

Los períodos de espera pueden variar desde unos pocos días a algunas semanas, dependiendo de la póliza.

Seguro de incapacidad a largo plazo

Periodo de cobertura

El seguro por incapacidad a largo plazo brinda cobertura por un período prolongado, que puede durar varios años o hasta que el titular de la póliza alcance una edad específica, como 65 años.

Este tipo de póliza está diseñada para brindar apoyo financiero a personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad duradera o permanente.

Montos de los beneficios

Las pólizas de seguro por incapacidad a largo plazo generalmente ofrecen un monto de beneficio que reemplaza un porcentaje del ingreso del titular de la póliza antes de la incapacidad, similar al seguro por incapacidad a corto plazo.

Sin embargo, las pólizas a largo plazo suelen tener un porcentaje menor, que oscila entre el 50 y el 70 %. El monto del beneficio se suele pagar mensualmente.

Período de espera

Las pólizas de seguro por incapacidad a largo plazo suelen tener un período de espera más largo en comparación con las pólizas a corto plazo. Los períodos de espera pueden variar entre 30 días y varios meses, según la póliza.

Comparación entre el seguro de incapacidad a corto y largo plazo

Las pólizas de seguro por discapacidad a corto y largo plazo difieren en términos de sus períodos de cobertura, montos de beneficios y períodos de espera.

Las pólizas a corto plazo brindan apoyo financiero temporal para breves períodos de discapacidad, mientras que las pólizas a largo plazo ofrecen cobertura extendida para discapacidades más duraderas o permanentes.

Además, las pólizas a corto plazo suelen tener períodos de espera más cortos y montos de beneficios más altos en comparación con las pólizas a largo plazo.

Tipos de seguro de ingresos por discapacidad

Características principales del seguro de ingresos por discapacidad

Período de beneficio

El período de beneficio se refiere al tiempo durante el cual el asegurado recibe los beneficios por discapacidad. Según la póliza, el período de beneficio puede durar desde unos meses hasta varios años o hasta que el asegurado alcance una edad específica.

Periodo de eliminación

El período de eliminación, también conocido como período de espera, es el tiempo que transcurre entre el inicio de la discapacidad y el momento en que el asegurado comienza a recibir los beneficios. Los períodos de eliminación pueden variar según el tipo de póliza y las preferencias del asegurado.

Definición de discapacidad

Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad utilizan distintas definiciones de discapacidad para determinar la elegibilidad para los beneficios, lo que puede afectar significativamente el alcance de la cobertura. Las dos definiciones más comunes de discapacidad son:

Ocupación propia

Según la definición de ocupación propia, un asegurado se considera discapacitado si no puede realizar las tareas de su ocupación específica debido a una enfermedad o lesión.

Esta definición ofrece una cobertura más amplia, ya que considera al asegurado como discapacitado incluso si todavía puede trabajar en un empleo diferente.

Cualquier ocupación

La definición de cualquier ocupación considera que un asegurado está incapacitado solo si no puede trabajar en ninguna ocupación para la que sea razonablemente apto en función de su educación, capacitación y experiencia. Esta definición ofrece una cobertura más limitada y puede dar como resultado que se aprueben menos reclamos.

Beneficios residuales

Los beneficios residuales son una característica de algunas pólizas de seguro de ingresos por discapacidad que brindan beneficios parciales a los asegurados que experimentan una pérdida parcial de ingresos debido a una discapacidad. Esta característica ayuda a apoyar a las personas en su transición de regreso al trabajo o en su adaptación a una capacidad laboral reducida.

Ajustes por el costo de vida (COLA)

Los ajustes por costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés) son una característica opcional en algunas pólizas de seguro de ingresos por discapacidad que aumenta el monto del beneficio para tener en cuenta la inflación a lo largo del tiempo. Esto garantiza que los beneficios del asegurado mantengan su poder adquisitivo durante todo el período de beneficios.

No cancelable y renovable garantizado

Las cláusulas de no cancelación y renovación garantizada garantizan que la compañía de seguros no pueda cancelar la póliza ni aumentar las primas mientras el asegurado siga pagando sus primas a tiempo. Estas características brindan estabilidad a largo plazo y tranquilidad al asegurado.

Factores que afectan las primas del seguro de ingresos por discapacidad

Varios factores pueden influir en el costo de las primas del seguro de ingresos por discapacidad, entre ellos:

Edad

Las primas generalmente aumentan con la edad, ya que las personas mayores tienen una mayor probabilidad de sufrir una discapacidad.

Género

Las mujeres suelen pagar primas más altas que los hombres, ya que generalmente tienen un mayor riesgo de sufrir una discapacidad durante sus años de trabajo.

Ocupación

Las ocupaciones de alto riesgo, como la construcción o el trabajo manual, pueden resultar en primas más altas debido a la mayor probabilidad de lesiones y discapacidades relacionadas con el trabajo.

Salud y estilo de vida

Las personas con condiciones de salud preexistentes o hábitos de vida riesgosos, como fumar, pueden enfrentar primas más altas debido a la mayor probabilidad de experimentar una discapacidad.

Opciones de cobertura y beneficios

Las opciones de cobertura y beneficios elegidas por el asegurado, como el período de eliminación, el período de beneficio y los seguros opcionales, pueden afectar significativamente el costo de las primas.

Comprensión del seguro de ingresos por discapacidad grupal e individual

Seguro de ingresos por discapacidad grupal

Pros y contras

El seguro de ingresos por discapacidad grupal es un tipo de cobertura que suelen ofrecer los empleadores como parte de su paquete de beneficios para empleados. Algunas de las ventajas de la cobertura grupal incluyen primas más bajas, suscripción simplificada e inscripción sencilla.

Sin embargo, la cobertura grupal puede ofrecer opciones de personalización limitadas y los beneficios pueden estar sujetos a impuestos si el empleador paga las primas.

Comúnmente ofrecido por los empleadores

Muchos empleadores ofrecen un seguro de ingresos por discapacidad grupal a sus empleados como una forma de atraer y retener talento. Los empleados a menudo

pueden optar por inscribirse en la cobertura durante su período anual de inscripción a los beneficios.

Seguro de ingresos por discapacidad individual

Pros y contras

Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad individuales se adaptan a las necesidades y preferencias específicas del asegurado. Las ventajas de la cobertura individual incluyen opciones de beneficios personalizables, portabilidad y beneficios no sujetos a impuestos (cuando las primas se pagan con dólares después de impuestos).

Sin embargo, las pólizas individuales pueden tener primas más altas y requerir un proceso de suscripción más exhaustivo en comparación con la cobertura grupal.

Adaptado a las necesidades individuales

Las pólizas de seguro de ingresos por discapacidad individual se pueden personalizar para satisfacer las necesidades y preferencias únicas del titular de la póliza, incluido su período de eliminación preferido, período de beneficio y cláusulas opcionales.

Comprensión del seguro de ingresos por discapacidad grupal e individual

Cómo elegir la póliza de seguro de ingresos por discapacidad adecuada

Evaluación de sus necesidades y situación financiera

Antes de elegir una póliza de seguro de ingresos por discapacidad, es importante evaluar su situación financiera y determinar cuánta cobertura necesita.

Considere factores como sus ingresos actuales, gastos, ahorros existentes y cualquier otro recurso financiero al que tenga acceso en caso de una discapacidad.

Comparación de políticas y proveedores

Una vez que comprenda claramente sus necesidades, compare distintas pólizas y proveedores de seguros. Busque características que sean importantes para usted, como la definición de discapacidad, el período de eliminación, el período de beneficios y las cláusulas opcionales.

Además, compare los costos de las primas y la solidez financiera de las compañías de seguros.

Trabajar con un asesor financiero o un agente de seguros

Un asesor financiero o un agente de seguros puede brindarle orientación especializada y ayudarlo a navegar por el proceso de elección de la póliza de seguro de ingresos por discapacidad adecuada. Pueden ayudarlo a evaluar sus necesidades, comparar pólizas y asegurarse de que tome una decisión informada.

Revisión periódica de su cobertura

A medida que su situación financiera y sus necesidades cambian con el tiempo, es importante revisar periódicamente su cobertura de seguro de ingresos por discapacidad para asegurarse de que siga siendo adecuada. Considere actualizar su cobertura si experimenta cambios significativos en su vida, como un cambio en sus ingresos, situación familiar o trabajo.

Proceso de reclamación del seguro de ingresos por discapacidad

Presentar una reclamación

Si queda discapacitado y necesita presentar una reclamación para recibir los beneficios del seguro de ingresos por discapacidad, deberá seguir el proceso de reclamación específico de su proveedor de seguros. Por lo general, esto implica presentar un formulario de reclamación, junto con toda la documentación y los registros médicos necesarios.

Proporcionar documentación y registros médicos

Al presentar un reclamo, es posible que deba proporcionar documentación, como prueba de sus ingresos y estado laboral, así como registros médicos e informes de sus proveedores de atención médica.

La compañía de seguros utilizará esta información para evaluar su reclamo y determinar su elegibilidad para recibir los beneficios.

Proceso de apelación para reclamos denegados

Si se rechaza su reclamo, tiene derecho a apelar la decisión. El proceso de apelación puede implicar la presentación de documentación o pruebas adicionales para respaldar su reclamo.

Es esencial seguir el proceso de apelaciones y los plazos específicos de su proveedor de seguros para garantizar que su apelación se considere adecuadamente.

Conclusión

En conclusión, el seguro de ingresos por discapacidad es un componente fundamental de un plan financiero integral y ofrece protección vital contra los desafíos financieros que puedan surgir debido a una discapacidad inesperada.

Este tipo de seguro puede ayudar a reemplazar una parte de los ingresos de una persona, permitiéndole a ella y a su familia mantener la estabilidad financiera y cubrir gastos esenciales, como vivienda, atención médica y costos de vida diaria.

Como el impacto de una discapacidad puede ser significativo, es fundamental que las personas consideren cuidadosamente sus necesidades y opciones de seguro para asegurarse de tener la cobertura adecuada.

Para encontrar la póliza de seguro de ingresos por discapacidad más adecuada, las personas deben investigar exhaustivamente diferentes pólizas y proveedores, comparando características clave como la definición de discapacidad, el período de eliminación, el período de beneficio y los anexos opcionales.

Además, trabajar con un asesor financiero o un agente de seguros puede brindar una valiosa orientación y experiencia para ayudar a navegar por el proceso de selección. Las revisiones periódicas de la cobertura también son esenciales, ya que las situaciones y necesidades financieras cambian con el tiempo, lo que requiere ajustes en las pólizas de seguros.

Al tomar estas medidas, las personas pueden proteger mejor su bienestar financiero y tener mayor tranquilidad ante posibles discapacidades.

Preguntas frecuentes sobre el seguro de ingresos por discapacidad

¿Qué es el seguro de ingresos por discapacidad?

El seguro de ingresos por discapacidad es un tipo de póliza de seguro que brinda protección financiera a las personas que no pueden trabajar debido a una discapacidad o lesión. Paga una parte de sus ingresos para ayudarlo a cubrir sus gastos de subsistencia mientras no puede trabajar.

¿Quién necesita un seguro de ingresos por discapacidad?

Cualquier persona que dependa de sus ingresos para cubrir sus gastos de subsistencia debería considerar la posibilidad de contratar un seguro de ingresos por discapacidad. Esto incluye a las personas que trabajan por cuenta propia, a los trabajadores autónomos y a quienes no tienen acceso a prestaciones por discapacidad a través de su empleador.

¿Cuánto cuesta el seguro de ingresos por discapacidad?

El costo del seguro de ingresos por discapacidad varía según varios factores, entre ellos, su edad, su ocupación y su estado de salud. Por lo general, cuanto más joven y saludable sea, más bajas serán sus primas. Las primas pueden variar desde unos pocos cientos de dólares hasta varios miles de dólares por año.

¿Qué cubre el seguro de ingresos por discapacidad?

El seguro de ingresos por discapacidad cubre una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una discapacidad o lesión. La cantidad de cobertura que recibe depende de los términos de su póliza. Algunas pólizas también pueden brindar beneficios adicionales, como cobertura para gastos médicos o rehabilitación.

¿Cómo elijo la póliza de seguro de ingresos por discapacidad adecuada?

Al elegir una póliza de seguro de ingresos por discapacidad, es importante tener en cuenta factores como la cantidad de cobertura que necesita, la duración del período de beneficio y el período de espera antes de que comiencen los beneficios. También es una buena idea comparar pólizas de varias aseguradoras para encontrar la mejor cobertura a un precio que pueda pagar. Trabajar con un agente de seguros experimentado también puede ayudarlo a navegar por el proceso y encontrar la póliza adecuada para sus necesidades.

Política de compra por incapacidad empresarial

- **Descripción** : Proporciona fondos para comprar la parte del negocio de un socio discapacitado.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $500,000 para comprar la parte de un socio que ya no puede trabajar debido a un accidente grave.

Tipos de seguro de invalidez

Existen dos tipos principales de seguro de discapacidad personal: a corto y a largo plazo. Pero existen otros tipos de pólizas de seguro de discapacidad personal, además del seguro de discapacidad del Seguro Social y el seguro de discapacidad estatal.

Todos los seguros de discapacidad reemplazan sus ingresos mientras usted está herido o enfermo y no puede trabajar, pero existen diferentes tipos de pólizas y coberturas.

Los diez tipos principales de seguro de invalidez son:

- Seguro de invalidez personal y colectivo
- Seguro de invalidez a largo plazo

- Seguro de incapacidad a corto plazo
- Seguro de gastos generales de empresa
- Seguro de invalidez hipotecaria
- Seguro de invalidez de la Seguridad Social
- Seguro estatal de invalidez
- Seguro complementario de invalidez
- Compensación de trabajadores

Si no está seguro de qué tipo de seguro de discapacidad obtener, o desea comparar cotizaciones para asegurarse de obtener las mejores tarifas para sus necesidades de cobertura, hable con un agente.

Seguro de invalidez personal y colectivo

Una póliza que usted compra para sí mismo se llama seguro de discapacidad **personal** o **individual (también llamado** seguro de discapacidad privado), mientras que una que obtiene a través del trabajo como beneficio de un empleado se llama seguro de discapacidad grupal .

La principal diferencia entre el seguro de discapacidad grupal y una póliza personal es que una póliza grupal está controlada por su empleador y vinculada a su trabajo, por lo que no puede conservar la cobertura si deja el trabajo. Dado que generalmente paga las pólizas de discapacidad grupal con dólares antes de impuestos, sus beneficios están sujetos a impuestos .

También es más probable que el seguro de discapacidad grupal sea una cobertura a corto plazo, por lo que puede ser una buena idea obtener una póliza personal a largo plazo incluso si ya tiene cobertura de discapacidad grupal a través de su trabajo .

Seguro de invalidez a largo plazo

El seguro por incapacidad a largo plazo puede durar desde un año hasta la edad de jubilación (normalmente entre los 65 y los 67 años). Cuanto más largo sea el período de beneficio , más cara será la póliza.

La mayoría de las pólizas de incapacidad a largo plazo cubren hasta el 60% de sus ingresos brutos (que debería ser aproximadamente lo que usted se lleva a casa después de impuestos) y cuestan entre el 1% y el 3% de su salario. Por lo tanto, si usted gana $120,000 al año, podría pagar entre $100 y $300 al mes por una póliza.

El seguro de incapacidad a largo plazo es mejor para personas con altos ingresos o personas con trabajos que requieren mucha escolaridad o capacitación especializada y que desean proteger sus ingresos .

Tipos de seguro de invalidez a largo plazo

Al comprar un seguro por incapacidad a largo plazo, puede elegir entre cobertura para su propia ocupación y cobertura para cualquier ocupación:

- **Cualquier ocupación** : solo paga beneficios si no puede trabajar en *ningún empleo* para el que esté razonablemente capacitado. La cobertura para cualquier ocupación es más barata, pero es más difícil calificar para recibir beneficios.
- Ocupación propia : paga cuando no puedes trabajar en el trabajo específico para el que estás capacitado (como cirujano cardíaco o abogado), incluso si puedes trabajar en otro puesto relacionado.

Tipos de seguro de invalidez por cuenta propia

También existen múltiples tipos de cobertura para la propia ocupación.

- **Ocupación propia real** : seguirá recibiendo el pago incluso si aún puede trabajar, siempre y cuando no pueda realizar el trabajo específico que tenía antes de su enfermedad o lesión.
- **Ocupación propia transitoria** : si no puede trabajar en su puesto especializado debido a una lesión o enfermedad, pero puede conseguir un nuevo trabajo con un salario más bajo, puede seguir recibiendo beneficios. Puede cobrar la totalidad de su beneficio siempre que su nuevo salario y sus beneficios no sumen más de lo que ganaba antes.
- **Trabajo por cuenta propia, sin compromiso** : solo recibirás el pago si no puedes trabajar en tu puesto original y aún no has encontrado un nuevo trabajo. Una vez que comiences un nuevo trabajo, sin importar el campo, dejarás de recibir beneficios.

Seguro de incapacidad a corto plazo

Al igual que el seguro por discapacidad a largo plazo, **El seguro** por incapacidad a corto plazo cubre hasta el 60 % de sus ingresos antes de impuestos si no puede trabajar. La diferencia es que la cobertura por incapacidad a corto plazo generalmente solo dura hasta un año.

Vale la pena tener un seguro por discapacidad a corto plazo si lo obtiene de forma gratuita o con descuento a través de su trabajo, pero, dado que puede costar tanto como un seguro por discapacidad a largo plazo, podría ser una inversión más inteligente obtener un seguro por discapacidad a largo plazo.

Seguro de gastos generales de empresa

El seguro de gastos generales de la empresa es un tipo especial de seguro por discapacidad para propietarios de pequeñas empresas. No cubre sus gastos personales, eso es lo que hace una póliza de seguro por discapacidad personal. Una póliza de gastos generales de la empresa paga los gastos generales de su empresa mientras usted no puede trabajar, incluidos:

- Honorarios de contabilidad
- Salarios de empleados
- Impuestos sobre la nómina
- Franqueo
- Alquilar

- Utilidades

Seguro de invalidez hipotecaria

El seguro de discapacidad hipotecaria, que a veces también se denomina seguro de protección de pago de hipoteca , es un tipo de seguro de discapacidad a largo plazo limitado que cubre los pagos de su hipoteca mientras no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión.

Puede comprar un seguro de discapacidad hipotecaria a través de su prestamista hipotecario, una agencia de seguros o un corredor.

El seguro de discapacidad hipotecaria no requiere el proceso de suscripción típico ni el examen médico que requieren otras pólizas de seguro de discapacidad a largo plazo, por lo que puede valer la pena tenerlo si no califica para una cobertura de discapacidad a largo plazo regular pero no quiere correr el riesgo de incumplir su hipoteca.

Seguro de invalidez crediticia

Su banco o prestamista hipotecario puede ofrecerle un seguro de discapacidad crediticia además de su préstamo, que es un tipo de cobertura que puede ayudarle a realizar los pagos de su hipoteca si está enfermo o lesionado y no puede trabajar.

Sin embargo, el seguro de invalidez por crédito ofrece menos cobertura que una póliza de seguro de invalidez normal. También es más caro y es posible que deba pagar intereses sobre las primas, por lo que, si puede optar a una opción de invalidez a largo plazo normal, probablemente sea una mejor opción.

Seguro de invalidez de la Seguridad Social

El seguro de discapacidad del Seguro Social, o SSDI, es una cobertura por discapacidad que se obtiene a través del gobierno federal. Si bien el SSDI es gratuito, es difícil calificar para la cobertura y los beneficios son mucho menores que con otros tipos de seguro por discapacidad.

Para calificar para el SSDI, debe tener una condición que se espera que lo mantenga sin trabajo durante al menos un año. También debe cumplir con los requisitos laborales y de ingresos y pasar por un proceso de selección potencialmente largo para calificar.

→ Lea más sobre el seguro de discapacidad del Seguro Social

Seguro estatal de invalidez

Algunos estados ofrecen planes de seguro por incapacidad temporal , que se financian con deducciones de su salario. La mayoría de estos planes ofrecen cobertura por hasta un año.

Los siguientes estados (y territorios de EE. UU.) tienen programas de seguro de discapacidad estatal, también conocidos como seguro de discapacidad temporal:

- California
- Hawai
- Nueva Jersey
- Nueva York
- Rhode Island
- Puerto Rico

No se puede comprar un seguro estatal a través de un agente o corredor, y los beneficios generalmente no se pagan por más de un año.

Seguro complementario de invalidez

Una póliza de seguro de discapacidad complementaria agrega más cobertura a cualquier seguro de discapacidad que ya tenga. Es una excelente manera de obtener más beneficios por discapacidad o extender su período de beneficios sin tener que pagar una póliza completamente nueva o pasar por otro examen médico.

El seguro de discapacidad complementario puede cerrar la brecha entre un plan de discapacidad patrocinado por el empleador (que puede estar sujeto a impuestos o a un

límite) y la cantidad total de dinero que necesitará para cubrir sus gastos en caso de que no pueda trabajar.

Compensación de trabajadores

La compensación laboral, también conocida como indemnización por accidente de trabajo, es un tipo de seguro que tu empleador está obligado a proporcionar. Si bien la compensación laboral paga si te lesionas en el trabajo, es diferente del seguro por discapacidad.

En realidad, la compensación laboral ofrece menos cobertura que el seguro por discapacidad y solo puede calificar si su lesión ocurrió en el trabajo. Una póliza de seguro por discapacidad regular no tiene esta restricción: puede obtener beneficios sin importar dónde ocurrió su lesión.

¿Lesionado en el trabajo? Guía sobre compensación laboral por estado

Actualizado el 18 de septiembre de 2020: La compensación para trabajadores cubre los ingresos y la atención médica si se lesiona o enferma como resultado directo de su trabajo. No cubre enfermedades o lesiones sufridas fuera del horario laboral o que no estén relacionadas con sus tareas laborales. Esto se debe a que la compensación para trabajadores es un seguro para **empleadores** . Las empresas compran una póliza a aseguradoras privadas o fondos estatales especiales. Esta póliza brinda beneficios médicos y salariales si un trabajador presenta una reclamación y la aseguradora la aprueba.

Para su protección personal, **los empleados** necesitan un seguro por discapacidad, que cubra sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión. (Podemos ayudarlo a comparar y comprar un seguro por discapacidad entre diferentes compañías).

Cómo funciona la compensación laboral

Si ha sufrido una lesión en el trabajo, es importante que conozca sus derechos, especialmente porque varían ampliamente según el lugar donde viva. La mayoría de las leyes de compensación laboral las establece su estado. Este determina qué empresas deben tener cobertura, cuánto y durante cuánto tiempo deben pagar a un empleado lesionado o enfermo, y qué sanciones se imponen si una empresa no cumple con las leyes.

Los estados también establecen límites de tiempo para cada paso del proceso de reclamo de compensación laboral. Los empleados deben informar formalmente a su empleador sobre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo dentro de un período de tiempo determinado, generalmente de 10 a 90 días. También deben presentar un reclamo ante la agencia de compensación laboral de su estado, aunque esos plazos son mucho más amplios.

Mientras tanto, los empleadores y las aseguradoras tienen un tiempo determinado, generalmente de 14 a 30 días, para investigar, procesar y aprobar o rechazar las reclamaciones. La mayoría de los estados permiten apelar una denegación. Esa apelación también debe presentarse y procesarse antes de los plazos impuestos por el estado.

Los tipos de beneficios de compensación para trabajadores

La compensación laboral generalmente exige que los empleadores (o, por extensión, sus aseguradoras) cubran todos **los gastos médicos razonables** asociados con una lesión o enfermedad ocurrida en el trabajo. A menudo, existen restricciones con respecto a qué proveedores de atención médica puede visitar o qué trámites se requieren para cambiar de médico.

Los beneficios salariales generalmente se dividen en cuatro categorías:

- **Los beneficios por incapacidad total temporal (TTD, por sus siglas en inglés)** se pagan a los empleados mientras no pueden trabajar y se recuperan de una enfermedad o lesión en el lugar de trabajo. Por lo general, existe un período de espera (similar al período de eliminación asociado con el seguro por incapacidad) para la TTD, lo que significa que la lesión debe mantenerlo fuera del trabajo durante una cierta cantidad de días antes de que sea elegible para presentar una reclamación. La TTD generalmente continúa hasta que regrese al trabajo, alcance la mejoría médica máxima o reciba los beneficios por la cantidad máxima de semanas asignadas por el estado.

- **Los beneficios por incapacidad parcial temporal (TPD, por sus siglas en inglés)** se pagan a los empleados que pueden regresar a trabajar en una capacidad modificada o de "trabajo liviano". El monto suele ser la diferencia entre lo que se le paga bajo TTD y lo que gana en el nuevo puesto. Finalizan cuando regresa a trabajar a tiempo completo o alcanza la cantidad máxima de semanas asignada por la ley estatal.

- **Los beneficios por incapacidad parcial permanente (PPD)** se pagan cuando un empleado sufre una discapacidad permanente, como la pérdida de una extremidad, como resultado de un incidente en el lugar de trabajo. El pago se correlaciona con la gravedad de la discapacidad y se determina de muchas maneras. Lo más común es que se le asigne una cantidad de semanas a su lesión y se multiplique por el salario al que tiene derecho según la TTD. La PPD generalmente se determina y se paga después de que alcanza la mejoría médica máxima. Tiene derecho a la PPD incluso si recibe otros beneficios salariales de compensación para trabajadores.

- **Los beneficios por incapacidad total permanente (PTD, por sus siglas en inglés)** se pagan a los trabajadores que sufren una discapacidad grave debido a una lesión relacionada con el trabajo y no pueden volver a trabajar como resultado de ello. Algunos estados limitan la PTD. Muchos reducen los beneficios una vez que el empleado califica para el Seguro de Incapacidad del Seguro Social .

La mayoría de los estados también estipulan que los empleadores paguen los beneficios por muerte y los gastos funerarios a los dependientes de los empleados que fallecieron como resultado directo de un incidente en el lugar de trabajo. Nuevamente, estos beneficios no reemplazan a una póliza de seguro de vida privada, que cubre ampliamente la muerte inesperada de un ser querido. (Aprenda cómo funciona el seguro de vida).

Recuerde que las leyes de compensación laboral son complejas. El administrador del programa de su estado o un abogado experimentado pueden explicarle los matices aplicables. Desplácese hacia abajo para ver las leyes básicas de compensación laboral en su estado.

Leyes de compensación laboral por estado

Compensación de trabajadores de Alabama

Administrador del programa: Departamento de Trabajo de Alabama, División de Compensación para Trabajadores

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Cualquier empresa con cinco o más empleados a tiempo completo o parcial, excluidos los contratistas.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables del tratamiento hospitalario, quirúrgico y médico durante el período de incapacidad.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, pero están sujetos a la asignación máxima de beneficios del estado. A partir del 1 de julio de 2018, el beneficio máximo es de $865 por semana. El beneficio mínimo es de $238 por semana. La cantidad de semanas durante las cuales tiene derecho a recibir beneficios totales temporales es ilimitada.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, menos la compensación que recibe por tareas livianas o trabajo modificado. La incapacidad temporal total tiene un límite de 300 semanas. Las prestaciones por incapacidad total y parcial no cubren los primeros tres días de salario perdido a menos que esté sin trabajo durante 21 días o más (recibirá el pago retroactivo).

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: varían según la enfermedad o lesión, pero están sujetas a un límite de $220 por semana. Las prestaciones están limitadas a 300 semanas.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal. El tiempo durante el cual puede recibir las prestaciones es ilimitado.

Otras coberturas importantes: los dependientes calificados pueden beneficiarse de prestaciones por fallecimiento equivalentes al 50 % o dos tercios del salario semanal promedio del empleado durante un máximo de 500 semanas. Los empleadores también son responsables de hasta $6,500 en gastos funerarios para los trabajadores fallecidos como resultado directo de su trabajo.

Compensación de trabajadores de Alaska

Administrador del programa: Departamento de Trabajo y Desarrollo del Lugar de Trabajo de Alaska

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Cualquier empleador con uno o más empleados, a menos que hayan sido aprobados para autoasegurarse.

Beneficios médicos: Los empleadores deben pagar al menos dos años de gastos médicos calificados.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen al 80 % de su salario semanal disponible, sujeto al máximo estatal, que no supera el 120 % del salario semanal promedio del estado. Como mínimo, las aseguradoras deben pagarle al menos el 22 % de la tasa semanal máxima o, si no presenta prueba de ingresos, al menos $110 por semana. Las prestaciones se pagan cada dos semanas hasta que se encuentre médicamente estable o pueda regresar a trabajar (lo que ocurra primero).

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen al 80 % de la diferencia entre su salario semanal disponible antes de la incapacidad y su salario semanal

disponible en trabajos livianos. Los beneficios por incapacidad parcial temporal se pagan hasta que alcance la estabilidad médica o hasta cinco años (lo que ocurra primero).

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: se pagan además de la incapacidad temporal. Una vez que esté médicamente estable, un médico determinará qué tan incapacitado está y recibirá una compensación basada en un porcentaje de $177,000, según la gravedad de su lesión. Recibirá el pago en una suma global.

Beneficios por incapacidad total permanente: Equivalen al 80 % de su salario semanal disponible, menos el monto de cualquier indemnización por incapacidad parcial permanente que haya recibido y ajustado por inflación. Los beneficios por incapacidad total permanente duran hasta que finalice la incapacidad o hasta que fallezca.

Otras coberturas notables: El programa proporciona un beneficio por muerte de $5,000, $10,000 en gastos funerarios y un reemplazo de ingreso semanal equivalente a los beneficios de TTD para los cónyuges e hijos sobrevivientes.

Compensación de trabajadores de Arizona

Administrador del programa: La Comisión Industrial de Arizona

Empleadores que deben brindar cobertura: cualquier empresa con uno o más empleados a tiempo completo o parcial, con algunas excepciones estándar. (Las excepciones estándar incluyen a los propietarios únicos que tienen derecho a autoasegurarse o a los empleados ausentes, los contratistas independientes y las personas que emplean trabajadores domésticos en su hogar privado).

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de pagar los gastos médicos directamente relacionados con la enfermedad o lesión en el lugar de trabajo. Estos gastos incluyen los gastos de la sala de emergencias, los honorarios médicos, las visitas al médico y las recetas médicas.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario mensual promedio, sujeto al máximo estatal. Para 2019, el salario mensual máximo para fines de calcular los beneficios es de $4,741.57 por semana. Los salarios no se pagan en los primeros 7 días consecutivos de trabajo perdido a menos que su incapacidad dure 14 días o más (en ese caso, se emite el pago retroactivo). Los beneficios se pagan cada dos semanas hasta que un médico le dé el visto bueno para trabajar.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario mensual promedio menos su salario por trabajo liviano. La incapacidad parcial temporal se paga una vez al mes hasta que reciba autorización para volver a trabajar a tiempo completo.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación por lesiones permanentes “programadas”, como la pérdida de un brazo, una pierna o un ojo, varía entre el 50% y el 55% del salario mensual promedio. Los trabajadores que sufren cicatrices faciales o pérdida de dientes tienen derecho a beneficios equivalentes al 55% del salario mensual promedio durante hasta 18 meses. La compensación por lesiones

“no programadas”, incluidas las enfermedades ocupacionales y las lesiones en la cadera, el hombro o la espalda, es el 55% de la diferencia entre su salario mensual promedio y la cantidad que la ICA estima que puede ganar dada su lesión.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen al 75 % y dos tercios del salario mensual promedio para lesiones programadas y lesiones no programadas, respectivamente. Las prestaciones continúan hasta su muerte, a menos que la ICA determine lo contrario o usted no presente un informe anual obligatorio de ingresos. La incapacidad total permanente se paga cada mes, a menos que se le otorgue una compensación especial en una suma global.

Otras coberturas notables: Los cónyuges supervivientes, los hijos menores, los padres y los hermanos menores tienen derecho a prestaciones por fallecimiento de hasta el 66,67 % del salario mensual medio del trabajador fallecido hasta su muerte o nuevo matrimonio. El programa también ofrece una asignación para gastos de entierro de hasta 5.000 dólares.

Compensación de trabajadores de Arkansas

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Arkansas

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con tres o más empleados, con algunas excepciones.

Beneficios médicos: el empleador debe cubrir toda la atención médica que sea razonablemente necesaria. Sin embargo, tiene derecho a designar al proveedor inicial y su solicitud puede ser rechazada si solicita tratamiento que no sea de emergencia sin previo aviso.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal. Para 2019, el máximo por incapacidad temporal es de $695. Los pagos se realizan cada dos semanas mientras no pueda trabajar. Los beneficios no se pagan durante los primeros siete días de incapacidad, a partir del día siguiente a su ocurrencia, a menos que esté sin trabajo durante 14 días calendario o más. En ese caso, se emite el pago retroactivo.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio menos lo que gana haciendo tareas livianas, sujeto al máximo estatal.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Varía según el monto del salario y la cantidad de semanas, según la gravedad de la lesión. La tasa de incapacidad parcial permanente por amputación o pérdida total permanente del uso de un miembro es la misma que la tasa de incapacidad temporal, sujeta al máximo estatal. Para 2019, el máximo de incapacidad parcial permanente es de $521 por semana.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo semanal del estado. Arkansas también limita las prestaciones por incapacidad total permanente. A partir de 2019, la compensación máxima es de $225,875.

Otras coberturas importantes: Los cónyuges, hijos y otras personas a cargo tienen derecho a recibir beneficios semanales en caso de fallecimiento de un empleado relacionado con el trabajo. El monto y la duración de los pagos varían según la relación con el fallecido. El programa paga hasta $6,000 en gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de California

Administrador del programa: Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Compensación para Trabajadores

Empleadores que deben brindar cobertura: cualquier empresa con uno o más empleados, excepto los propietarios únicos que no tienen que autoasegurarse. Los trabajadores temporales, a tiempo parcial e incluso los contratistas pueden tener derecho a la compensación para trabajadores.

Beneficios médicos: Los empleadores deben pagar los gastos médicos "razonablemente necesarios para curar o aliviar" la discapacidad laboral. Tiene un límite de 24 visitas al quiropráctico, 24 visitas a fisioterapia y 24 visitas a terapia ocupacional, a menos que un administrador de reclamaciones apruebe la atención prolongada. Los empleadores pueden exigirle que permanezca en su red médica para recibir atención.

Beneficios por incapacidad total temporal: generalmente, equivalentes a dos tercios de su salario anterior a la lesión, sujetos al máximo estatal. En 2019, si su salario bruto era superior a $1,877.07 por semana antes de lesionarse, el pago máximo por incapacidad total temporal es de $1,151.38 por semana. Si su salario bruto antes de la lesión era inferior a $281.57 por semana, los pagos mínimos por incapacidad total temporal son de $187.71 por semana.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario anterior a la lesión, menos lo que ganaba por trabajo liviano y están sujetas al máximo estatal. Las prestaciones por incapacidad temporal se pagan cada dos semanas. Las prestaciones suelen durar hasta que un médico le dé el visto bueno para trabajar o hasta 104 semanas dentro de los cinco años a partir de la fecha de la lesión. En ese momento, si ya no puede trabajar, podría calificar para prestaciones por incapacidad permanente.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la duración y el monto de la indemnización varían según la incapacidad, la fecha de la lesión y el salario que usted tenía antes de la incapacidad. Por ejemplo, la pérdida total de la visión en un ojo (sin ajustar por edad u ocupación) podría generar una indemnización por incapacidad parcial permanente cercana a los $35 000.

Beneficios por incapacidad total permanente: el monto de la compensación varía según la discapacidad, la fecha de la lesión y su salario antes de la discapacidad, pero si se le considera discapacitado permanentemente debido a una enfermedad o lesión en el lugar de trabajo, podría tener derecho a beneficios de por vida.

Otras coberturas notables: Los empleados lesionados pueden recibir beneficios complementarios por pérdida de trabajo, que son vales que ayudan a pagar la rehabilitación vocacional. Los cónyuges, hijos y otras personas a cargo tienen derecho a recibir hasta $320,000 en beneficios por muerte, según el número de personas en

duelo, así como hasta $10,000 para gastos funerarios. El beneficio por muerte se paga a la tasa de incapacidad temporal total, sujeta a un mínimo de $224 por semana.

Compensación de trabajadores de Colorado

Administrador del programa: Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleadores a tiempo completo o parcial, con excepciones limitadas

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir todos los gastos médicos razonables y necesarios de los trabajadores discapacitados en el trabajo. Sin embargo, pueden estipular una red de proveedores de atención médica. Puede cambiar de médico una vez si se encuentra dentro de los 90 días posteriores al incidente y no ha mejorado desde el punto de vista médico.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio a la fecha de su lesión, con un máximo de $987.84 en 2018. Los beneficios no se pagan si la incapacidad le hace faltar al trabajo durante tres días o menos. Si está fuera del trabajo durante más de tres días, recibirá un pago retroactivo por ese tiempo perdido.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio, hasta un máximo estatal, a la fecha de su lesión, menos el salario que esté ganando en un horario modificado.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la incapacidad, la fecha de la lesión y el salario que recibía antes de la incapacidad. Las incapacidades programadas se pagan a una tasa de compensación semanal de $307,26, mientras que las incapacidades no programadas se pagan a la tasa de incapacidad temporal, sujeta a un mínimo de $150 por semana y un máximo de $542,78 por semana en 2018. Las prestaciones por desfiguración corporal oscilan entre $5229,68 y $10457,52.

Beneficios por incapacidad total permanente: Equivalente a dos tercios del salario semanal promedio vigente en el momento de la lesión o enfermedad, pagado durante la vida del trabajador lesionado.

Otras coberturas importantes: Los dependientes tienen derecho a un beneficio por muerte de entre $246,96 y $987,84 por semana y hasta $7000 para gastos funerarios. Si un trabajador fallecido no tiene dependientes, la aseguradora paga hasta $20 836,09 al Fondo de empleadores sin seguro de Colorado.

Compensación de trabajadores de Connecticut

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores del Estado de Connecticut

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleadores a tiempo completo o parcial, con excepción de aquellas que pueden autoasegurarse.

Prestaciones médicas: El empleador es responsable de cubrir todos los tratamientos médicos necesarios y adecuados. Puede elegir el proveedor de atención médica del tratamiento inicial, pero el empleado tiene derecho a elegir su médico tratante.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen al 75 % del salario semanal promedio después de impuestos y de la Seguridad Social que el trabajador lesionado ganaba antes del incidente, sujeto al máximo estatal de $1298 por semana. Los beneficios por incapacidad total temporal y por incapacidad total temporal no se pagan hasta que el trabajador esté ausente durante tres días calendario. Se pagan a partir del cuarto día de ausencia laboral y se compensan los primeros tres días si está demasiado lesionado o enfermo para trabajar durante siete días o más. Los empleadores deben pagar un mínimo semanal equivalente al 20 % del beneficio semanal máximo ($259.60) que no supere el 75 % del salario semanal promedio del empleado.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen al 75 % del salario semanal promedio, neto de impuestos y de la Seguridad Social, que el trabajador lesionado ganaba antes del incidente, menos el salario que gana actualmente por trabajo liviano o modificado. La incapacidad parcial temporal está sujeta a un máximo estatal de $1046 por semana.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la duración y el monto de la indemnización varían según la lesión. Las prestaciones oscilan entre $50 y $1,046 y duran entre nueve y 208 semanas.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes al 75 % del salario semanal promedio del trabajador lesionado después de impuestos, sujeto al máximo estatal de $1298 por semana. Es posible que reciba prestaciones durante toda su vida.

Otra cobertura notable: Los cónyuges sobrevivientes o dependientes elegibles tienen derecho a un beneficio por muerte equivalente al 75% del salario semanal promedio después de impuestos del trabajador fallecido, sujeto al máximo, más $4,000 para gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Delaware

Administrador del programa: División de Asuntos Industriales de Delaware

Empleadores que deben brindar cobertura: Empleadores con uno o más empleados, excluidos los contratistas. Los agricultores están exentos de las leyes de compensación laboral.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de pagar todos los tratamientos médicos y servicios de hospitalización necesarios.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal bruto que recibía el empleado lesionado al momento de la lesión, sujeto al máximo estatal. A partir de 2018, el máximo era de $713.65 por semana. La compensación mínima era de $237.88 por semana. No se pagan beneficios por los primeros tres días de salario perdido, a menos que la lesión haga que el trabajador pierda siete días o más. En ese momento, se emite el pago retroactivo.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal bruto del empleado lesionado antes de la lesión menos lo que ganaba en un horario modificado, sujeto al máximo estatal. La incapacidad parcial temporal está disponible por hasta 300 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio, pagado durante 20 a 220 semanas, dependiendo de la gravedad de su lesión permanente.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios del salario semanal bruto que recibía el empleado lesionado al momento de la lesión, sujeto al máximo estatal. Las prestaciones se pueden pagar de por vida.

Otras coberturas notables: Los cónyuges y dependientes tienen derecho a prestaciones semanales por fallecimiento, pero no pueden superar el 80 % del máximo estatal. Las prestaciones se pagan durante un máximo de 400 semanas, pero cesan después de determinados acontecimientos de la vida. Por ejemplo, si un cónyuge se vuelve a casar o un hijo menor cumple 18 años (o 25, si está en la escuela). También reciben hasta 3500 dólares en gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Florida

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de Florida

Empleadores que deben brindar cobertura: varía según la industria. Las empresas de construcción deben brindar compensación laboral cuando tienen uno o más empleados, incluido el propietario si es un funcionario corporativo o una LLC. Las empresas que no son de construcción deben tener seguro si tienen cuatro o más empleados, sujeto a los mismos parámetros. Las empresas agrícolas tienen un umbral ligeramente más alto con seis o más empleados. Hay exenciones para los propietarios que pueden autoasegurarse.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de toda la atención médica, el tratamiento y las recetas necesarias relacionadas con su lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, calculados a partir de los salarios que ganó durante las 13 semanas anteriores a su lesión, aunque algunas lesiones graves pueden darle derecho a recibir el 80 % de su salario regular durante un máximo de seis meses. La incapacidad total temporal (TTD), la incapacidad total temporal (TPD) o una combinación de ambas se pagan por un máximo de 104 semanas. No se le paga por los primeros siete días de salario perdido a menos que esté sin trabajo durante más de 21 días, en cuyo caso se le podría emitir un pago retroactivo.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: hasta dos tercios de su salario semanal promedio, calculado utilizando los salarios ganados 13 semanas antes de su lesión, menos los ingresos que está ganando según un horario modificado.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la duración y el monto de la compensación varían según la enfermedad o lesión. La compensación máxima en 2018 era de $917 por semana específica.

Beneficios por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio, pagados hasta que el trabajador lesionado alcance los 75 años de edad, a menos que el empleado no sea elegible para el Seguro Social debido a su incapacidad para trabajar.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes son elegibles para una compensación total de $150,000 para cubrir los gastos funerarios (hasta $7,500), reemplazo de ingresos y beneficios educativos en el caso de un cónyuge.

Compensación de trabajadores de Georgia

Administrador del programa: Junta Estatal de Compensación para Trabajadores de Georgia

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Cualquier empresa con tres o más trabajadores, incluidos los empleados a tiempo parcial.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de pagar las facturas autorizadas de médicos, hospitales y rehabilitación durante hasta 400 semanas después de su lesión. Pueden solicitarle que visite a determinados proveedores de atención médica además de la atención de emergencia inicial, siempre que le proporcionen la posibilidad de elegir entre seis médicos o más.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, con un máximo de $575 por semana. La incapacidad total temporal no comienza hasta que el empleado haya faltado al trabajo por más de siete días. Esos salarios solo se reemplazan si su lesión o enfermedad se extiende por más de 21 días. Las prestaciones se pagan por un máximo de 400 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a no más de $383 por semana, pagados por hasta 350 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: las prestaciones varían según la lesión. Por ejemplo, si perdió un brazo o una pierna, recibirá prestaciones durante 225 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto a un máximo de $575 por semana, pagado potencialmente de por vida.

Otras coberturas importantes: Los dependientes tienen derecho a recibir dos tercios de su salario semanal promedio como beneficio por muerte, sujeto a un máximo de $575 por semana. Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a recibir hasta $230,000 en beneficios por muerte. Sin embargo, los pagos cesan si se vuelven a casar o cohabitan con una nueva pareja.

Compensación de trabajadores de Hawaii

Administrador del programa: Comisión de Compensación por Discapacidad del Estado de Hawái

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleados, ya sean de tiempo completo, tiempo parcial, permanentes o temporales, con algunas excepciones.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de pagar el tratamiento, los gastos de hospitalización, los medicamentos recetados, las radiografías, la fisioterapia y los gastos de transporte razonables relacionados directamente con la lesión. Los empleados pueden elegir su propio médico.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal de $883 (a partir de 2018). Hay un período de espera de tres días para las prestaciones. Duran hasta que regrese al trabajo o alcance la recuperación médica máxima. En ese momento, podría ser elegible para PPD o PTD.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal menos los salarios que gana de acuerdo con su horario modificado.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto de la compensación y la duración de los beneficios varían según la lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos al máximo estatal y potencialmente pagados de por vida.

Otras coberturas notables: Hawaii también ofrece beneficios de seguro por incapacidad temporal a los empleados que pierden salarios por enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo hasta por $620 por semana. Los cónyuges sobrevivientes y los hijos menores dependientes tienen derecho a beneficios por muerte equivalentes a los beneficios por incapacidad temporal, más gastos funerarios y de entierro hasta diez y cinco veces la tasa máxima de beneficio semanal, respectivamente.

Compensación de trabajadores de Idaho

Administrador del programa: La Comisión Industrial de Idaho

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleados a tiempo completo, a tiempo parcial, de temporada u ocasionales, con algunas excepciones

Beneficios médicos: Los empleadores tienen la obligación razonable de cubrir la atención médica “razonable” para tratar lesiones en el lugar de trabajo.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen al 67 % de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal, que es el 90 % de su salario semanal promedio total. Hay un período de espera de cinco días. Si su lesión le hace perder el trabajo durante más de dos semanas, se le emitirá un pago retroactivo. Las prestaciones por incapacidad total temporal se pagan hasta por 52 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen al 67 % de la reducción de su salario. Los beneficios por incapacidad temporal total no pueden superar los beneficios por incapacidad temporal total.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Equivalen al (55 %) del salario estatal semanal promedio y se pagan durante una a 350 semanas, dependiendo de la incapacidad permanente.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes al 67% del salario estatal semanal promedio, sujetos al máximo estatal y potencialmente pagados de por vida.

Otras coberturas notables: Los dependientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento de entre el 20% y el 60% del salario semanal promedio del estado, sujeto al máximo estatal. Los cónyuges sobrevivientes pueden recibir prestaciones por hasta 500 semanas y los pagos cesan en caso de fallecimiento o nuevo matrimonio. Los hijos menores sanos pueden recibir prestaciones hasta que cumplan 18 años (o 23, si están en la escuela). Se proporciona cierta compensación por los gastos funerarios, si el fallecimiento ocurre dentro de los cuatro años posteriores a la lesión en el lugar de trabajo.

Compensación de trabajadores de Illinois

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Illinois **Empleadores obligados a proporcionar cobertura:** Todos los empleadores ubicados en Illinois.

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir toda la atención médica que sea razonablemente necesaria para curar o aliviar la lesión del empleado. Los empleados pueden elegir su proveedor de atención médica con algunas restricciones.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio del empleado, sujeto al máximo estatal ($1,480.12 a partir de 2018). La incapacidad total temporal no se paga durante los primeros tres días de incapacidad, a menos que la incapacidad dure dos semanas o más. Los beneficios se pagan hasta que el empleado regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio del empleado, sujeto al máximo estatal, menos el salario *bruto* que el trabajador gana en su trabajo liviano.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la duración y el monto de la compensación varían según la lesión y si el trabajador puede conseguir un nuevo empleo.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos al máximo estatal y pagados de por vida.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes reciben prestaciones por fallecimiento equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido durante un máximo de 25 años o $500,000, lo que sea mayor. También reciben hasta $8,000 para gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Indiana

Administrador del programa: Junta de Compensación de Trabajadores de Indiana

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: La mayoría de las empresas, con algunas excepciones, incluidos los servicios de trenes.

Gastos médicos: Los empleadores deben cubrir los gastos médicos relacionados con la lesión en el lugar de trabajo. Sin embargo, pueden especificar el proveedor de atención médica.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, pero no más de $780 por semana a partir de 2018. No es elegible para recibir beneficios hasta que pierda más de siete días de trabajo y solo recibe pago retroactivo por esos días si la incapacidad dura 21 días.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio antes de la lesión menos su salario semanal promedio por trabajo liviano. La incapacidad parcial temporal se paga por un máximo de 300 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la gravedad de la lesión sufrida en el lugar de trabajo. Indiana limita la compensación total por incapacidad total temporal (TTD), incapacidad temporal total (TPD) y incapacidad temporal parcial (PPD) a $390,000 por persona.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del estado. Indiana limita las prestaciones por incapacidad total permanente a 500 semanas.

Otras coberturas notables: Los dependientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento equivalentes a las prestaciones por TTD: equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, con un límite de 500 semanas. También tienen derecho a hasta $7,500 para cubrir los gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Iowa

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de Iowa

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: La mayoría de las empresas, excluidos los trabajadores agrícolas y los contratistas.

Gastos médicos: Los empleadores deben pagar toda la atención médica razonable y necesaria requerida para tratar una lesión en el lugar de trabajo, incluidos los gastos de viaje para el tratamiento.

Beneficios por incapacidad total temporal: generalmente equivalen al 80 % de sus ingresos disponibles, pero varían según sus ganancias semanales brutas promedio, la cantidad de exenciones de impuestos a las ganancias y el estado civil, pero no pueden superar los $1765 por semana. Hay un período de espera de tres días y se debe pagar el salario retroactivo correspondiente a esos días si está fuera del trabajo por más de 14 días calendario. Los beneficios por incapacidad total temporal continúan hasta que esté lo suficientemente saludable como para volver a trabajar.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre sus ganancias semanales brutas promedio cuando se lesionó y sus ganancias reales mientras trabajaba en un horario modificado.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la gravedad de la lesión. La incapacidad parcial permanente semanal tiene un límite de $1623 y 500 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: iguales a sus beneficios por incapacidad total permanente, pero pagados hasta la muerte.

Otra cobertura notable: los dependientes sobrevivientes tienen derecho a recibir beneficios por fallecimiento, que pueden ser iguales a los beneficios por muerte por fallecimiento. El empleador también debe pagar los gastos de entierro razonables que no superen 12 veces el salario semanal promedio estatal al momento del fallecimiento.

Compensación de trabajadores de Kansas

Administrador del programa: Departamento de Trabajo de Kansas

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores excepto aquellos que se dedican a determinadas actividades agrícolas o tienen una nómina anual bruta de $20,000 o menos.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir todos los tratamientos médicos que sean razonablemente necesarios para curar o aliviar los efectos de la lesión. Pueden elegir su proveedor de atención médica. Si busca atención médica fuera de la red, la aseguradora solo tiene que pagar $500 para las facturas.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal bruto promedio, con un máximo semanal de $645 y un máximo total de $130,000. Hay un período de espera de una semana antes de que pueda recibir las prestaciones.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre su salario semanal bruto promedio antes de la lesión y su salario después de la lesión, sujeto al máximo de $130,000.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la incapacidad restante después de la recuperación y está limitada a 415 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio bruto, sujeto a un máximo semanal de $645 y un máximo total de $155,000.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes son elegibles para recibir beneficios por muerte de hasta $300,000 en compensación total (al menos $430 por semana) y $5,000 para gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Kentucky

Administrador del programa: Departamento de Reclamaciones de los Trabajadores de Kentucky

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados

Beneficios médicos: toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($933.25 a agosto de 2018). No es elegible para recibir prestaciones hasta que haya faltado ocho días calendario al trabajo debido a la incapacidad. Si está ausente durante más de 15 días, se le emitirá un pago retroactivo.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: N/A

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la discapacidad y se determina una vez que se alcanza la máxima mejoría médica.

Beneficios por incapacidad total permanente: * Equivale a dos tercios de su salario semanal promedio, pagadero hasta que sea elegible para el Seguro Social.

Otras coberturas notables: Los dependientes son elegibles colectivamente para recibir beneficios por muerte de hasta el 75 % del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, y el monto exacto varía según la relación y el número de hijos dependientes. Si el trabajador murió dentro de los cuatro años posteriores a la lesión, también puede recibir un acuerdo de suma global para pagar los gastos del entierro y más. A partir de 2018, ese máximo de suma global es de $83,336.22.

Compensación de trabajadores de Luisiana

Administrador del programa: Comisión de la Fuerza Laboral de Luisiana

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas con empleados, incluidos trabajadores a tiempo completo, a tiempo parcial, de temporada o menores y algunos subcontratistas o contratistas independientes.

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir todos los tratamientos médicos aprobados y los gastos de viaje razonables para recibir el tratamiento. Los empleados pueden elegir su propio médico.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio del empleado, sujeto al máximo estatal de $655 por semana en 2019. No se paga compensación por la primera semana, a menos que la incapacidad continúe por dos semanas o más, en cuyo caso se emite un pago retroactivo. Los beneficios se pagan durante la duración de la incapacidad.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre su salario mensual promedio anterior a la lesión y el salario mensual promedio en su nuevo trabajo, sujeto al máximo estatal. Se pagan hasta por 520 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Usted es elegible para un pago único de $50,000 si su lesión en el trabajo se considera catastrófica.

Beneficios por incapacidad total permanente: * Equivalente a dos tercios del salario semanal promedio del empleado, sujeto al máximo estatal de $655 por semana en 2019 y pagado potencialmente de por vida.

Otras coberturas importantes: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento equivalentes a las prestaciones por TTD. Si no hay otros dependientes, los padres sobrevivientes tienen derecho a una prestación única de $75,000 cada uno. El empleador también debe pagar hasta $8,500 en gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Maine

Administrador del programa: Junta de Compensación de Trabajadores de Maine

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleados, excluidos propietarios únicos, socios, miembros de sociedades de responsabilidad limitada (LLC) y ciertos empleadores agrícolas.

Prestaciones médicas: Los empleadores están obligados a cubrir la atención médica razonable. Pueden estipular su médico. Sin embargo, puede solicitar un proveedor de atención médica diferente después de 10 días de tratamiento.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto a un máximo semanal de $829.30 a partir de 2018. Hay un período de espera de siete días para recibir las prestaciones. Los pagos retroactivos por esos días se emiten solo si su incapacidad le hace perder 14 días o más. Los pagos se realizan mientras dure la incapacidad.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre su salario semanal promedio antes de la lesión y su salario semanal promedio después de la misma. Los pagos se realizan por hasta 520 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la gravedad de la lesión. Se considera que las prestaciones se pagan entre 11 y 269 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto a un máximo semanal de $829,30 a partir de 2018, potencialmente pagado de por vida.

Otras coberturas importantes: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, pagaderas durante un máximo de 500 semanas. También tienen derecho a hasta $4,000 en gastos de entierro y hasta $3,000 como compensación incidental. Las prestaciones para los cónyuges sobrevivientes cesan si el cónyuge muere o se vuelve a casar. Las prestaciones para los hijos menores cesan a los 18 años, a menos que el hijo esté incapacitado física o mentalmente de otra manera.

Compensación de trabajadores de Maryland

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Maryland

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con uno o más empleados, con excepciones para propietarios únicos, empleadores agrícolas y contratistas independientes.

Beneficios médicos: Los empleadores están obligados a cubrir la atención médica razonable; los empleados pueden elegir su proveedor de atención médica.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sin exceder el 100 % del salario semanal promedio estatal ($1,094 en 2018). Los empleados no reciben compensación por los primeros tres días de salario perdido a menos que la incapacidad dure más de 14 días. La incapacidad total temporal continúa hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente al 50% de la diferencia entre su salario semanal promedio y el salario que gana después de su lesión, con un límite del 50% del salario semanal promedio estatal ($547.00 a partir de 2018).

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la gravedad de la lesión, pero no puede superar los 365 dólares por semana. Las prestaciones se otorgan por un máximo de 250 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a su salario semanal promedio, que no debe exceder el 100 % del salario semanal promedio estatal ($1,094 a partir de 2018) y que continuará indefinidamente.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, y hasta $7,000 en gastos funerarios. Las prestaciones se pagan potencialmente hasta que el trabajador fallecido haya cumplido 70 años con excepciones estándar (un cónyuge se vuelve a casar; un hijo cumple 18 años). Los dependientes que no sean cónyuges o hijos pueden recibir una prestación por fallecimiento máxima de $73,690.

Compensación de trabajadores de Massachusetts

Administrador del programa: Departamento de Accidentes Industriales de Massachusetts

Los empleadores deben proporcionar cobertura: Casi todos los empleadores deben tener un seguro de compensación para trabajadores, y los propietarios únicos, socios, miembros de sociedades de responsabilidad limitada, algunos taxistas y marineros están sujetos a exenciones.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir cualquier tratamiento médico razonable y necesario relacionado con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, incluido el reembolso de kilometraje.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen al 60 % de su salario semanal bruto promedio, sujeto al máximo estatal ($1,383.41 en 2018) y se pagan por hasta 156 semanas. Hay un período de espera de cinco días para que entren en vigencia las prestaciones y solo se le compensa por esos cinco días si su incapacidad dura 21 días o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes al 75 % de lo que serían sus beneficios por incapacidad parcial temporal, pagaderos por hasta 260 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: las prestaciones se distribuyen en montos variables, según la gravedad de la incapacidad. La compensación por desfiguración no puede superar los $15,000.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario bruto, pagados semanalmente mientras dure la incapacidad.

Otras coberturas importantes: Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a recibir hasta $4,000 en gastos funerarios y beneficios por fallecimiento equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del trabajador fallecido, sujeto al máximo estatal.

Los hijos menores también tienen derecho a los beneficios por fallecimiento. Los cónyuges sobrevivientes pueden recibir pagos hasta que mueran o se vuelvan a casar.

Compensación de trabajadores de Michigan

Administrador del programa: Agencia de Compensación para Trabajadores de Michigan

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas que emplean regularmente a uno o más empleados durante al menos 35 horas por semana durante 13 semanas o más en cualquier período de 52 semanas o todas las empresas con tres o más empleados.

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir toda la atención médica razonable y necesaria en caso de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Pueden elegir el proveedor de atención médica durante los primeros 28 días de su tratamiento.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen al 80 % de su salario semanal promedio después de impuestos, sujeto a un máximo estatal ($900 por semana a partir de 2018), y se pagan durante la duración de su incapacidad. No califica para recibir prestaciones hasta que esté fuera del trabajo durante siete días y el pago retroactivo por esos días solo se emite si la incapacidad dura dos semanas o más.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen al 80% de la diferencia entre su salario semanal antes de la lesión y su salario semanal después de la lesión.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: cualquier trabajador que sufra una pérdida tiene derecho a 65 semanas de prestaciones de compensación, independientemente de si su incapacidad le hace faltar al trabajo. Más allá de eso, la compensación varía según la gravedad de la pérdida.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes al 80 % de su salario semanal promedio después de impuestos, sujeto a un máximo estatal ($900 por semana a partir de 2018), que se pagan durante la duración de su incapacidad. Las prestaciones se reducen un 5 % cada año entre los 65 y los 75 años.

Otras coberturas notables: Los dependientes son elegibles para recibir beneficios por muerte equivalentes al 80% del salario semanal después de impuestos del trabajador y hasta $6,000 para gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Minnesota

Administrador del programa: Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: todos los empleadores con algunas excepciones, incluidos algunos propietarios únicos, funcionarios de corporaciones y gerentes de LLC.

Beneficios médicos: Su empleador debe cubrir toda la atención médica razonable asociada con su enfermedad o lesión en el lugar de trabajo.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal bruto al momento de la lesión, sujeto al máximo estatal ($1,098.54 a

partir de 2018). Hay un período de espera de tres días para las prestaciones con pago retroactivo emitido si la incapacidad dura más de 10 días. El límite de incapacidad total temporal es de 130 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre lo que ganaba al momento de la lesión y sus ganancias en su puesto modificado. La incapacidad parcial temporal tiene un límite de 225 semanas y se paga dentro de las 450 semanas posteriores a la fecha de la lesión.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto varía según la lesión; la PPD generalmente se paga cuando finaliza la TTD y cuando se alcanza la mejoría médica máxima.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios de su salario semanal bruto al momento de la lesión, sujeto al máximo estatal. Una vez que la aseguradora haya pagado $25,000 en concepto de incapacidad total permanente, puede reducir las prestaciones por el monto que usted recibe en concepto de beneficios del Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI).

Otras coberturas importantes: Los dependientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento, pero el monto y la duración varían según su relación con el fallecido. Los cónyuges supervivientes, por ejemplo, tienen derecho a recibir el 50 % del salario semanal del fallecido en el momento de la lesión durante un máximo de 10 años, sujeto a los máximos estatales. También pueden recibir hasta 15 000 dólares para gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Mississippi

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Mississippi

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con cinco o más empleados; los empleadores domésticos y agrícolas están exentos de tener que tener cobertura.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir toda la atención médica razonable y necesaria para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, incluido el reembolso de kilometraje.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio de los trabajadores, sujeto al máximo estatal ($487.04 en 2018). Hay un período de espera de cinco días para las prestaciones con pago retroactivo emitido si la incapacidad se extiende por 14 días o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre el salario semanal promedio de los trabajadores antes y después de la lesión, sujeto a los máximos estatales.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Dos tercios del salario semanal promedio de los trabajadores, sujeto al máximo estatal por hasta 200 semanas dependiendo de la lesión.

Prestaciones por incapacidad total permanente: * Dos tercios del salario semanal promedio de los trabajadores, sujeto al máximo estatal ($487.04 a partir de 2018). Todas las prestaciones tienen un límite de 450 semanas con un pago de por vida de $219,168 a partir de 2018.

Otras coberturas importantes: los cónyuges sobrevivientes y otros dependientes elegibles reciben beneficios por muerte equivalentes a un cierto porcentaje del salario semanal promedio de los trabajadores durante hasta 450 semanas. Los cónyuges también reciben hasta $5,000 para gastos funerarios y una compensación inmediata de $1,000.

Compensación de trabajadores de Missouri

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de Missouri

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas con cinco o más empleados, ya sea a tiempo completo, parcial o de temporada; las empresas de construcción deben tener cobertura si tienen uno o más empleados.

Beneficios médicos: El empleador es responsable de cubrir todo el tratamiento médico relacionado con la lesión, aunque puede elegir el proveedor de atención médica.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($947.64 por semana hasta junio de 2019). Hay un período de espera de tres días durante el cual se emite el pago retroactivo si está sin trabajo durante 14 días o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre sus ingresos promedio antes del accidente y el monto que puede ganar después del accidente, sujeto al máximo estatal ($947.64 por semana hasta junio de 2019)

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación es igual a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo ($496.38 por semana), pero se paga durante un número variable de semanas (como una suma global) dependiendo de la gravedad de su lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio al momento de la lesión, sin exceder el máximo estatal, pero pagaderos durante el transcurso de su vida.

Otras coberturas notables: Los cónyuges sobrevivientes y los hijos dependientes son elegibles para recibir beneficios semanales por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido durante el año anterior al accidente (sujeto al máximo estatal de $947.64 por semana y hasta $5,000 en gastos funerarios). Los cónyuges son elegibles de por vida hasta que se vuelvan a casar. Los hijos son elegibles hasta que cumplan 18 años (22 si son estudiantes a tiempo completo).

Compensación de trabajadores de Montana

Administrador del programa: Departamento de Trabajo e Industria de Montana

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas con empleados

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir los costos razonables de atención médica, hospitalización, medicamentos y atención médica relacionados con la lesión. Sin embargo, las prestaciones médicas cesan 60 meses después de la fecha de la lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario bruto, sujeto al máximo estatal de $793 por semana. Las prestaciones comienzan 32 horas o cuatro días después de la pérdida del salario, lo que sea menor. Recibirá el pago retroactivo si la incapacidad dura 21 días o más.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a la diferencia entre su salario semanal promedio al momento de la lesión, sujeto a un máximo de 40 horas semanales, y los salarios que gana según el programa modificado. Las ganancias no pueden superar su tasa de incapacidad total temporal de $793 por semana y tienen un límite de 26 semanas, pero la aseguradora puede extender ese período.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según su lesión, pero está limitada a $396,50 por semana y un total de 400 semanas.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a los beneficios por incapacidad total permanente, pagados hasta que sea elegible para los beneficios de jubilación del Seguro Social.

Otras coberturas importantes: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a recibir beneficios por muerte de hasta dos tercios del salario bruto del fallecido, sin exceder el salario semanal máximo estatal, y gastos de entierro de hasta $4,000. Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a recibir hasta 500 semanas de beneficios. Los pagos cesan en caso de nuevo matrimonio o fallecimiento.

Compensación de trabajadores de Nebraska

Administrador del programa: Compensación de trabajadores de los empleados estatales de Nebraska

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas con uno o más empleados

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir la atención médica y las recetas médicas razonables y necesarias relacionadas directamente con la lesión laboral. Usted puede elegir su médico siempre que lo haya visitado antes de la lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio durante las 26 semanas anteriores a la lesión, con un máximo de $831 por semana. Hay un período de espera de siete días para las prestaciones y el pago retroactivo solo se otorga si la incapacidad dura más de 42 días. Las prestaciones por incapacidad total temporal se interrumpen cuando regresa al trabajo o alcanza la mejoría médica máxima.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre su salario semanal promedio y su salario semanal en el puesto modificado. La incapacidad parcial temporal se paga por hasta 300 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: se pagan a una tasa de dos tercios de su salario semanal promedio multiplicado por la cantidad de semanas asociadas con la gravedad de su lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio durante las 26 semanas anteriores a la lesión, sujeto a un máximo de $831 por semana, pero pagadero de por vida.

Otras coberturas notables: Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a prestaciones semanales por fallecimiento equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido o al 75 % de su salario semanal promedio si tienen hijos, sujeto a los máximos estatales. Las prestaciones se pagan de por vida o hasta que los cónyuges se vuelvan a casar. También reciben hasta $6,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Nevada

Administrador del programa: División de Relaciones Industriales de Nevada

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Cualquier empresa con uno o más empleados

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir todos los gastos médicos relacionados con la lesión en el lugar de trabajo. Sin embargo, pueden elegir a su(s) médico(s).

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($897.82 por semana para 2019). Los beneficios no se pagan a menos que la incapacidad le haga perder cinco días consecutivos o cinco días acumulados en un período de 20 días. En ese caso, se emite el pago retroactivo. La incapacidad total temporal se paga hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal, menos lo que gana en su puesto modificado. Las prestaciones por incapacidad parcial temporal tienen un límite de 24 meses.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Los beneficios se pagan en montos variables, dependiendo de la gravedad de su discapacidad, su edad y su salario.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario mensual promedio, sujeto al máximo estatal ($897.82 por semana para 2019). Las prestaciones se pagan de por vida, pero podrían reducirse en un 10 % si recibe un pago por incapacidad total permanente.

Otras coberturas notables: Los dependientes son elegibles para recibir beneficios por muerte de hasta dos tercios del salario del fallecido y hasta $10,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de New Hampshire

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de New Hampshire

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores con cualquier empleado, a tiempo completo o parcial.

Beneficios médicos: El empleador debe cubrir el costo de toda la atención médica, hospitalaria y reparadora relacionada con la lesión en el lugar de trabajo.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen al 60 % del salario semanal bruto promedio del empleado, sujeto al máximo estatal ($1,582.50 en 2018). Hay un período de espera de tres días. Los beneficios se pagan durante esos tres días si la incapacidad dura 14 días o más. Duran hasta que el empleado regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente al 60 % de la diferencia entre los ingresos previos a la lesión y los ingresos posteriores a la lesión, sujeto al máximo estatal. TPD pagado por hasta 262 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: Equivalen a su salario semanal promedio, multiplicado por una cantidad de semanas que corresponda a la gravedad de su lesión. Las semanas tienen un límite de 350.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente al 60% del salario semanal promedio bruto del empleado, sujeto al máximo estatal ($1,507.50 a partir de 2016), pagado durante la duración de su incapacidad.

Otras coberturas notables: Los cónyuges sobrevivientes y los hijos menores son elegibles para recibir beneficios por muerte de hasta el 60 % del salario semanal promedio bruto del empleado, sujeto al máximo estatal ($1,582.50 a partir de 2018) y gastos de entierro de hasta $10,000.

Compensación de trabajadores de Nueva Jersey

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de Nueva Jersey

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas, fuera del gobierno estatal y los empleadores federales.

Prestaciones médicas: Los empleadores están obligados a cubrir todos los tratamientos médicos, recetas y servicios de hospitalización necesarios y razonables. Pueden designar al médico tratante.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes al 70 % de su salario semanal promedio, sin exceder el 75 % del salario semanal promedio del estado (el beneficio máximo asciende a $921 en 2019). Las prestaciones se pagan por un máximo de 450 semanas. En ese momento, usted es elegible para recibir la incapacidad total temporal.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: técnicamente, no se aplican; sin embargo, Nueva Jersey tiene un programa de Ingresos por Incapacidad Temporal (TDI,

por sus siglas en inglés) para cualquier persona que esté demasiado enferma o lesionada para trabajar. Estos trabajadores pueden recibir prestaciones semanales, hasta el máximo estatal ($637 por semana a partir de 2018) y durante 26 semanas, incluso si la enfermedad o lesión no ocurrió en el lugar de trabajo.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: equivalente al 70% de su salario semanal promedio, multiplicado por un número de semanas relacionado con la gravedad de su lesión.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes al 70 % de su salario semanal promedio, sin exceder el 75 % del salario semanal promedio del estado ($921 en 2019). Las prestaciones se pagan inicialmente por 450 semanas, después de las cuales el beneficiario debe demostrar que aún no puede trabajar.

Otras coberturas notables: Los dependientes son elegibles para recibir beneficios por muerte de hasta el 70 % del promedio semanal del fallecido, con un tope máximo ($921) y hasta $3,500 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Nuevo México

Administrador del programa: Administración de Compensación para Trabajadores de Nuevo México

Empleadores que deben brindar cobertura: empresas con tres o más trabajadores, incluidos los trabajadores a tiempo parcial y temporales. Sin embargo, los empleadores agrícolas están exentos y todas las empresas de construcción deben tener cobertura.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir la atención médica razonable y necesaria relacionada con la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de forma indefinida.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, basado en los salarios de las 26 semanas anteriores al accidente, sujeto al máximo estatal ($814.64 por semana). Hay un período de espera de siete días para las prestaciones y solo se emite el pago retroactivo por esos días si la incapacidad dura cuatro semanas o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre el salario regular y el salario del trabajo modificado, sujeto al máximo estatal.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: la compensación varía. Las prestaciones tienen un límite de 500 a 700 semanas, según la gravedad de la lesión. Se pagan una vez que el trabajador lesionado alcanza la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, basado en los salarios de las 26 semanas anteriores al accidente, sujeto al máximo estatal, pero pagados durante la vida del trabajador.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento equivalentes a las prestaciones por TTD del fallecido, sujetas al máximo estatal y con un límite de 700 semanas. También reciben hasta $7,500.

Compensación de trabajadores de Nueva York

Administrador del programa: Junta de Compensación de Trabajadores del Estado de Nueva York

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas con empleados, incluidos jornaleros, empleados alquilados, empleados prestados, empleados a tiempo parcial, voluntarios no remunerados (incluidos los miembros de la familia) y la mayoría de los subcontratistas.

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir toda la atención médica necesaria relacionada con la enfermedad o lesión durante la duración de la discapacidad. Sin embargo, los empleados deben recurrir a proveedores autorizados, incluso para atención de emergencia.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio multiplicado por el porcentaje de su incapacidad, sujeto al máximo estatal ($904.74 a partir de 2018). Hay un período de espera de siete días para recibir las prestaciones. Esa primera semana solo se paga si su incapacidad dura más de 14 días.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre su salario antes y después de la lesión, sujeto al máximo estatal.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación es igual a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal, y multiplicado por un número de semanas (hasta 525 semanas) determinado por la gravedad de su lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio multiplicado por el porcentaje de su incapacidad, sujeto al máximo estatal, pero pagado hasta la muerte.

Otras coberturas notables: Los cónyuges sobrevivientes y los hijos menores tienen derecho a prestaciones semanales por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del trabajador fallecido durante el año anterior al accidente, sujeto al máximo estatal, y hasta $12,500 en gastos funerarios. Los padres sobrevivientes o el patrimonio del trabajador podrían tener derecho a una prestación por muerte en suma global de $50,000.

Compensación de trabajadores de Carolina del Norte

Administrador del programa: Comisión Industrial de Carolina del Norte

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todas las empresas con tres o más empleados, con algunas excepciones notables en la industria agrícola.

Beneficios médicos: Los empleadores son responsables de cubrir la atención médica relacionada con la lesión, pero pueden especificar proveedores de atención médica.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($1,028 a partir de 2019). Hay un período de espera de 7 días para los beneficios y el pago por esos días solo se otorga si su incapacidad dura 21 días o más. Usted es elegible para recibir los beneficios hasta que regrese a trabajar.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio antes de la lesión menos el salario que percibe actualmente según un cronograma modificado. Las prestaciones se pagan durante un máximo de 500 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: la compensación varía según la lesión, pero está limitada a 300 semanas de pago.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal (==), pagado de por vida.

Otra cobertura notable: Los dependientes sobrevivientes son elegibles para recibir beneficios por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, y hasta $10,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Dakota del Norte

Administrador del programa: Seguridad y Seguros Laborales de Dakota del Norte

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores con empleados, incluidos trabajadores a tiempo completo, a tiempo parcial, de temporada y ocasionales.

Gastos médicos: La aseguradora debe cubrir toda la atención médica razonable relacionada con la lesión en el lugar de trabajo.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal bruto previo a la lesión, más $15 por semana por cada hijo dependiente, sujeto al máximo estatal. Hay un período de espera de cinco días para recibir las prestaciones.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: * Equivalen a dos tercios de su salario bruto semanal anterior a la lesión menos su salario bruto posterior a la lesión. La incapacidad parcial temporal finaliza cuando su salario vuelve a ser al menos el 90 % de su salario bruto semanal anterior a la lesión y tiene un límite de cinco años.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto varía según la lesión y se paga una vez que se alcanza la máxima mejoría médica.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal bruto previo a la lesión, reducido en un 50 % una vez que reciba SSDI.

Otras coberturas notables: Varía según la relación con el fallecido. Los cónyuges sobrevivientes reciben beneficios por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal del fallecido, hasta el 125% del salario semanal promedio del estado, más hasta $15 por semana por cada hijo dependiente. También reciben un pago único de $2,500, más $800 por cada hijo dependiente y hasta $10,000 en gastos funerarios. Los beneficios por muerte totales están limitados a $300,000.

Compensación de trabajadores de Ohio

Administrador del programa: Oficina de Compensación para Trabajadores de Ohio

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores con uno o más empleados

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir todo el tratamiento médico autorizado relacionado con la lesión, incluido el reembolso de kilometraje.

Prestaciones por incapacidad total temporal: durante las primeras 12 semanas de lesión, las prestaciones equivalen al 72 % del salario semanal completo del trabajador. Después de eso, las prestaciones equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal actual de $932 por semana. Hay un período de espera de siete días para las prestaciones; duran mientras dure su incapacidad.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: conocidos como beneficios por pérdida de salario (WL) en Ohio, usted es elegible para recibir beneficios basados en la reducción de sus ingresos, sujeto al máximo de $932. Los beneficios por pérdida de salario laboral, comparables a los beneficios por incapacidad temporal estándar, tienen un límite de 200 semanas. La pérdida de salario no laboral, cuando está buscando activamente empleo, pero no ha encontrado empleo adecuado, tiene un límite de 52 semanas. Si combina los dos, los beneficios tienen un límite de 226 semanas con algunas excepciones.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: las prestaciones se calculan multiplicando dos tercios de su salario semanal promedio por la cantidad de semanas correspondiente a la gravedad de su lesión. La cantidad máxima de semanas es 200.

Prestaciones por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio, sujetos al máximo actual, y pagaderos de por vida.

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento según el nivel de dependencia y están sujetos al máximo de $932, más los gastos funerarios hasta $5,500. Ohio también cuenta con un Fondo de ayuda para trabajadores discapacitados, que ofrece prestaciones adicionales a los trabajadores discapacitados cuyos ingresos caen por debajo del costo de vida actual.

Compensación de trabajadores de Oklahoma

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Oklahoma

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: la mayoría de las empresas, con notables excepciones para ciertos empleadores agrícolas.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir el tratamiento médico razonable y necesario relacionado con la lesión, aunque pueden decidir el proveedor de atención médica.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen al 70 % de su salario semanal promedio, pero no pueden superar el 70 % del salario semanal promedio estatal y están sujetas al máximo estatal actual de $590,63 por semana (a partir de 2018). Hay un período de espera de tres días para las prestaciones. La incapacidad total temporal puede durar un máximo de 104 semanas, más 52 semanas por cualquier lesión consecuente.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: equivalentes al 70 % de la diferencia entre el salario semanal promedio anterior a la lesión y el salario semanal

posterior a la lesión, sujeto al límite semanal de $320. Las prestaciones tienen un límite de 52 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: equivalente al 70% del salario semanal promedio del empleado lesionado (sujeto a un máximo de $323) multiplicado por una cantidad de semanas (hasta 500) según la gravedad de la lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes al 70 % de su salario semanal promedio, pero con un límite del 100 % del salario semanal promedio del estado, sujeto al máximo estatal de $843,75 por semana (a partir de 2018). La incapacidad total permanente está disponible durante 15 años o hasta que sea elegible para los beneficios máximos del Seguro Social (lo que ocurra primero).

Otras coberturas notables: Los dependientes sobrevivientes tienen derecho a un beneficio por muerte en suma global según su relación con el fallecido. Un cónyuge sobreviviente podría recibir $100,000, más el 70% del salario semanal promedio del fallecido o el salario semanal promedio del estado (sujeto a los máximos estatales), lo que sea menor. Los beneficios por muerte también incluyen hasta $10,000 en gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Oregon

Administrador del programa: División de Compensación para Trabajadores de Oregon

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados con pocas excepciones

Beneficios médicos: Los empleadores proporcionarán tratamiento médico, medicamentos recetados y la mayor parte del transporte, las comidas y el alojamiento relacionados con la lesión laboral.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal de $1,339.38 por semana hasta 2019. Hay un período de espera de tres días para los beneficios con pago retroactivo emitido si está fuera del trabajo durante 14 días seguidos o si pasa la noche en el hospital dentro de los 14 días posteriores a la lesión. La incapacidad total temporal dura indefinidamente.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio antes de su lesión menos su salario semanal promedio después de la lesión, pagados durante la duración de su incapacidad.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: Varían según la fecha, la gravedad de la lesión, la edad del trabajador, la educación y la capacidad de adaptación para realizar un trabajo después de la incapacidad. Si el monto otorgado es mayor a $6,000, se paga mensualmente a razón de 4.35 veces la tasa de incapacidad parcial permanente o en una suma global. Si la indemnización es menor a $6,000, se pagará en una suma global.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios del salario semanal promedio del trabajador, pero están sujetas a los máximos estatales. La

incapacidad total permanente puede durar toda la vida. Sin embargo, las reclamaciones se reevalúan cada dos años.

Otras coberturas notables: Los dependientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento, pero el monto varía según su relación con el fallecido. Los cónyuges tienen derecho a prestaciones mensuales equivalentes a 4,35 veces dos tercios del salario semanal promedio del estado, que actualmente asciende a $2920,59, más gastos funerarios de hasta $20 141.

Compensación de trabajadores de Pensilvania

Administrador del programa: Departamento de Trabajo e Industria de Pensilvania

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados, ya sea a tiempo parcial o completo, incluidos los miembros de la familia.

Beneficios médicos: toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal bruto, sujeto al máximo estatal ($1,025 a partir de 2018) con algunas excepciones para empleados con salarios bajos. El límite es de 104 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre su salario antes y después de la lesión, con un límite de 500 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: equivalente a dos tercios de su salario anterior a la lesión, multiplicado por un número de semanas, según la pérdida en cuestión.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios de su salario semanal bruto, sujeto al máximo estatal, con algunas excepciones para empleados con salarios bajos. Una vez que se hayan pagado las 104 semanas de incapacidad total permanente, debe realizarse un examen médico para continuar recibiendo las prestaciones.

Otras coberturas importantes: Los dependientes tienen derecho a prestaciones por fallecimiento por hasta dos tercios del salario semanal promedio del trabajador fallecido (sujeto al máximo estatal), aunque el monto exacto varía según la relación y la cantidad de hijos dependientes. Las familias también tienen derecho a hasta $3,000 para gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Rhode Island

Administrador del programa: Departamento de Trabajo y Capacitación de Rhode Island

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados, con excepciones estándar

Beneficios médicos: el seguro del empleador cubre todos los gastos relacionados con la lesión y usted puede elegir su primer médico de cabecera. Existen límites para los cuidados paliativos una vez que alcanza la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen al 75 % de su salario disponible (ganancias menos retenciones) y están sujetos al máximo estatal ($1,253 a

partir de 2018) y a un período de espera de tres días (sin pago retroactivo). También recibe $15 por dependiente por semana.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen al 75 % de su salario base disponible (ganancias menos retenciones) menos lo que gana en su puesto modificado. Las prestaciones por incapacidad parcial temporal (TTD) y por incapacidad temporal total (TPD) están disponibles hasta que regrese a trabajar o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Depende de la gravedad de la lesión, pero los beneficios generalmente son entre $45 y $90 por semana durante una cierta cantidad de semanas, pagados con TTD o como una suma global.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes al 75 % de su salario base disponible (ingresos menos retenciones) y sujetos al máximo estatal.

Otra cobertura notable: Los cónyuges sobrevivientes son elegibles para recibir beneficios equivalentes al 75% del salario base disponible del fallecido, sujeto al máximo estatal, más $40 por semana por hijo y hasta $20,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Carolina del Sur

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Carolina del Sur

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con cuatro o más empleadores, incluidos trabajadores a tiempo parcial y miembros de la familia.

Beneficios médicos: El seguro cubre el 100% de los gastos médicos relacionados con la lesión en el lugar de trabajo, pero los empleadores pueden seleccionar al médico tratante.

Beneficios por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto a un máximo de $838,21 (a partir de 2018) y un período de espera de siete días, con pago retroactivo emitido solo si está sin trabajo durante 15 días o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio menos lo que está ganando, sujeto a un límite de 340 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto varía según la gravedad de la lesión, pero está sujeto a un límite de 340 semanas.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, pero están sujetas a un límite de 500 semanas. Los parapléjicos, cuadripléjicos y los empleados que sufren daño cerebral físico tienen derecho a recibir prestaciones de compensación semanal de por vida.

Otras coberturas notables: Los dependientes son elegibles para recibir beneficios por muerte hasta 500 semanas y gastos de entierro hasta $2,500.

Compensación de trabajadores de Dakota del Sur

Administrador del programa: Departamento de Trabajo y Regulación de Dakota del Sur

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Ninguno

Prestaciones médicas: Los empleadores deben cubrir todos los gastos médicos relacionados con la lesión en el lugar de trabajo. Usted puede elegir su médico, pero el empleador y la aseguradora tienen derecho a solicitar una segunda opinión, cuyo costo deben cubrir.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetas a un máximo semanal de $805 y un período de espera de siete días. Las prestaciones se pagan hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, menos su salario anterior a la lesión.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Varían según la discapacidad y los pagos se realizan semanalmente o quincenalmente hasta que se aprueba una suma global.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos al máximo semanal y pagaderos de por vida.

Otras coberturas notables: Varía según la relación con el fallecido. Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a recibir beneficios por fallecimiento de hasta dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, más $50 por mes por cada hijo dependiente. También pueden recibir hasta $10,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Tennessee

Administrador del programa: Departamento de Trabajo y Fuerza Laboral de Tennessee

Empleadores que deben brindar cobertura: Cualquier empleador con cinco o más empleados, tanto a tiempo completo como a tiempo parcial. Existen algunas excepciones notables para los empleadores de la construcción y la minería.

Beneficios médicos: El empleador debe cubrir todos los gastos médicos relacionados con la lesión del empleado, con cierta autoridad sobre el médico tratante y los gastos de viaje hacia y desde el tratamiento médico.

Beneficios por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos a un máximo semanal de $1,021.90 hasta junio de 2019 y un período de espera de ocho días con pago retroactivo emitido si la incapacidad dura 14 días.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre su salario bruto por trabajo liviano y su salario semanal promedio.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio y el monto exacto se determina según la gravedad de la lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto a un máximo semanal de $929 hasta junio de 2019.

Otras coberturas notables: Equivalente a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, cuando hay un cónyuge sobreviviente y dependiente; Equivalente al 50% del salario semanal promedio del fallecido cuando solo hay un cónyuge sobreviviente. Los dependientes también pueden recibir hasta $10,000 para gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Texas

Administrador del programa: Departamento de Seguros de Texas

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Ninguno

Beneficios médicos: toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Texas estructura los beneficios de una manera un poco diferente. Los empleados tienen derecho a lo siguiente:

Beneficios de ingresos temporales (TIB): Equivalen al 70 % de la diferencia entre su salario semanal promedio y el salario que gana después de su lesión laboral, sujeto al máximo estatal ($938 a partir de 2018). Los TIB comienzan ocho días después de la lesión y continúan hasta que alcance la mejoría médica máxima.

Prestaciones por discapacidad (IIB): si alcanza la mejoría médica máxima, pero no puede volver a trabajar, es elegible para las IIB. Las prestaciones equivalen al 70 % de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($656 a partir de 2018), pagadero durante una cantidad de semanas que se correlaciona con la gravedad de su lesión.

Beneficios de ingresos suplementarios (SIB): los trabajadores con discapacidades graves tienen derecho a recibir beneficios de SIB una vez que se agoten los pagos de IIB. Los beneficios equivalen al 80 % de la diferencia entre el 80 % de su salario semanal promedio y su salario semanal después de la lesión relacionada con el trabajo, sujeto al máximo estatal ($656). Los beneficios combinados de TIB, IIB y SIB tienen un límite de 401 semanas.

Beneficios de ingreso vitalicio (LIB): Equivalen hasta el 75% del salario semanal promedio, inicialmente sujeto al máximo estatal ($938), con un aumento del 3% cada año.

Otra cobertura notable: Los dependientes sobrevivientes son elegibles para recibir beneficios por muerte de hasta el 75 % del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal ($938) y posibles gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Utah

Administrador del programa: Comisión Laboral de Utah

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores con algunas excepciones estándar.

Prestaciones médicas: El empleador debe cubrir todos los gastos médicos razonables relacionados con la lesión en el lugar de trabajo. Solo pueden estipular un proveedor de atención médica en su primera visita.

Beneficios por incapacidad total temporal: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio, más $20 por cónyuge dependiente y $20 por hijo dependiente (hasta cuatro hijos), sin exceder el 100% del salario semanal promedio del estado ($879 hasta junio de 2019).

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: Equivalen a dos tercios de la diferencia entre su salario semanal promedio antes del accidente y su salario semanal ganado después del accidente, más su asignación para dependientes, pero están sujetas a los máximos estatales. La incapacidad temporal parcial y la incapacidad temporal total tienen un límite de 312 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, más la asignación para dependientes, multiplicado por un número de semanas relacionado con la gravedad de su lesión.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio durante las primeras 312 semanas de incapacidad. Después de eso, la compensación es el 36 % del salario semanal promedio estatal actual, redondeado al dólar más cercano.

Otras coberturas notables: Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a recibir beneficios por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, más la asignación para dependientes, siempre que no exceda el máximo estatal, durante un período de 312 semanas. Después de 312 semanas, los beneficios extendidos están sujetos a revisión. Los dependientes también pueden recibir hasta $9,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Vermont

Administrador del programa: Departamento de Trabajo de Vermont

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados a tiempo completo o parcial

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario estándar, más $10 adicionales por semana por cada hijo dependiente, sujeto a un máximo semanal de $1,311 hasta junio de 2019. Los beneficios están sujetos a un período de espera de cuatro días. Continúan hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente a dos tercios de su salario estándar menos su salario a tiempo parcial.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto varía según la gravedad de su lesión y se paga periódicamente, a menos que la División de Compensación y Seguridad de los Trabajadores del estado apruebe una solicitud de suma global.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario estándar, pagados durante un mínimo de 330 semanas.

Otras coberturas notables: Los beneficios por muerte varían según la relación con el fallecido: los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a dos tercios del salario semanal promedio, sujeto al máximo del estado, mientras que los cónyuges sobrevivientes con dependientes tienen derecho a hasta el 76,6 % del salario semanal promedio del fallecido. Los dependientes también pueden recibir hasta $10,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Virginia

Administrador del programa: Comisión de Compensación para Trabajadores de Virginia

Empleadores que deben brindar cobertura: cualquier empresa con más de dos empleados. Las pólizas deben cubrir todo el trabajo realizado en Virginia, incluso el trabajo temporal.

Beneficios médicos: toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Prestaciones por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario regular, según los ingresos de las 52 semanas anteriores a su lesión, sujeto al máximo estatal ($1,082 a partir de 2018). Hay un período de espera de siete días para las prestaciones, con pago retroactivo, si está sin trabajo durante más de 21 días. La incapacidad total temporal tiene un límite de 500 semanas.

Prestaciones por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de la diferencia entre el salario del trabajador antes y después de su lesión, también limitadas a 500 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Equivalen a dos tercios de su salario regular, multiplicado por un número de semanas relacionado con la gravedad de su lesión y se pagan una vez que alcance la máxima mejoría médica.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio bruto mientras dure la incapacidad.

Otros beneficios: Los dependientes tienen derecho a recibir beneficios por fallecimiento de hasta dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, durante un máximo de 500 semanas a partir de la fecha de la lesión. También pueden recibir hasta $10,000 en gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Washington

Administrador del programa: Departamento de Trabajo e Industrias del Estado de Washington

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados con las excepciones estándar.

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir todos los tratamientos médicos razonables relacionados con su lesión en el lugar de trabajo. Puede elegir un médico para su primera visita, pero después de eso, su empleador puede pedirle que permanezca dentro de la red.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen al 60% al 75% de su salario, según la cantidad de dependientes que tenga y el salario semanal promedio actual del estado ($1,190 en 2018). Hay un período de espera de tres días para los beneficios; se pagan hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente al 80% de su salario anterior a la lesión menos el salario posterior a la lesión.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: Varían según la gravedad de su lesión, la cual debe ser evaluada por un médico calificado.

Prestaciones por incapacidad total permanente: Los trabajadores con incapacidad total o permanente tienen derecho a una pensión mensual. El monto depende de su salario, el salario promedio del estado en el momento de la lesión, su estado civil, la cantidad de hijos dependientes, los beneficios de atención médica y los beneficios del Seguro Social.

Otras coberturas notables: Los sobrevivientes también tienen derecho a recibir esta pensión mensual; el beneficio máximo actualmente es el 120% del salario promedio estatal correspondiente al año anterior a la concesión de la pensión. Las parejas de hecho y los cónyuges también tienen derecho a un beneficio inmediato por muerte y a gastos de entierro por única vez.

Compensación de trabajadores de Washington DC

Administrador del programa: Departamento de Servicios de Empleo de Washington DC

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empleadores con uno o más empleados

Beneficios médicos: Los empleadores deben cubrir todos los gastos médicos razonables relacionados con el tratamiento de la lesión en el lugar de trabajo.

Prestaciones por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo estatal ($1,491.90 en 2018). Las prestaciones están sujetas a un período de espera de tres días (se emite un pago retroactivo si la incapacidad dura más de 14 días). Se pagan hasta que regrese al trabajo o alcance la mejoría médica máxima.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio antes de la lesión, menos su salario semanal promedio después de la lesión, pagados por un máximo de 5 años.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: equivalente a dos tercios de su salario semanal promedio multiplicado por un número de semanas relacionado con su lesión.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos al máximo estatal y potencialmente disponibles de por vida.

Otras coberturas notables: Los beneficios por muerte varían según la relación con el fallecido. Los cónyuges o parejas de hecho sobrevivientes pueden recibir beneficios por un total del 50 % del salario promedio del fallecido, sujeto al máximo estatal, y un 16,6 % adicional del salario por hijo dependiente. También pueden recibir hasta $5000 en gastos funerarios.

Compensación de trabajadores de Virginia Occidental

Administrador del programa: Virginia Occidental

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Todos los empleadores con algunas excepciones estándar

Beneficios médicos: toda la atención médica razonable relacionada con la lesión.

Beneficios por incapacidad total temporal: equivalentes a dos tercios de su salario semanal promedio, sujetos a un máximo estatal de $823.14 a partir de 2018 y limitados a 104 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente al 70% de la diferencia entre sus ganancias semanales promedio antes y después de la lesión, también limitado a 104 semanas.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: varía según la lesión, pero el monto del beneficio semanal está sujeto al máximo estatal de $576.20 a partir de 2018.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalentes a dos tercios de su salario semanal, sujeto al máximo estatal, pagados potencialmente de por vida.

Otra cobertura notable: Los dependientes sobrevivientes son elegibles para recibir beneficios por muerte equivalentes a dos tercios del salario semanal promedio del fallecido, sujeto a un máximo estatal de $823,14 y hasta $7000 para cubrir los gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Wisconsin

Administrador del programa: Departamento de Desarrollo del Lugar de Trabajo de Wisconsin

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: Empresas que emplean a tres o más empleados a tiempo completo o parcial.

Beneficios médicos: Todos los gastos médicos razonables y necesarios relacionados con la discapacidad.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de sus ingresos semanales promedio, sujetos al máximo estatal de 2018 de $1,491. Hay un período de espera de cobertura de tres días, y se emite un pago retroactivo si la incapacidad dura siete días o más. Los beneficios por incapacidad total temporal se pagan hasta que regrese al trabajo o hasta que ya no se espere que su condición mejore; es decir, se vuelve elegible para los beneficios por incapacidad permanente.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalentes a los beneficios por incapacidad parcial temporal menos el salario que usted gana en su puesto modificado, sujeto al máximo estatal.

Beneficios por incapacidad parcial permanente: el monto y la duración de los beneficios varían según la gravedad de su lesión, pero están sujetos a un máximo semanal ($362), mensual ($1,568.67) y anual ($74,550) a partir de 2018.

Beneficios por incapacidad total permanente: equivalente a dos tercios del salario semanal promedio del empleado, sujeto a un máximo de $1,491, pagadero de por vida.

Otras coberturas destacables: Los beneficios por muerte varían según la relación. Los cónyuges sobrevivientes tienen derecho a un beneficio por muerte máximo de cuatro veces el ingreso anual promedio ($298,200 en 2018), que se paga mensualmente hasta un máximo correspondiente. Los dependientes también pueden recibir hasta $10,000 para gastos de entierro.

Compensación de trabajadores de Wyoming

Administrador del programa: Departamento de Servicios Laborales de Wyoming

Empleadores obligados a proporcionar cobertura: todos, con algunas exclusiones estándar. A diferencia de la mayoría de los estados, Wyoming exige que los empleadores adquieran un seguro de compensación para trabajadores a través de su fondo estatal. No pueden adquirir un plan privado ni autoasegurarse.

Gastos médicos: Toda atención directamente relacionada con la enfermedad o lesión.

Beneficios por incapacidad total temporal: Equivalen a dos tercios de su ingreso bruto mensual o al 30 % del ingreso mensual promedio estatal ($3,779.75 en 2018), según cuánto gane normalmente cada mes. Los pagos se realizan por hasta 24 meses. No se le paga por los primeros tres días de salario perdido, a menos que su incapacidad dure ocho días o más.

Beneficios por incapacidad parcial temporal: equivalente al 80% de la diferencia entre su salario modificado y su salario mensual real antes de su enfermedad o lesión en el lugar de trabajo.

Prestaciones por incapacidad parcial permanente: La duración y el monto de la compensación dependen del salario, la edad, la ocupación, la educación y los planes de carrera.

Prestaciones por incapacidad total permanente: puede solicitar hasta 80 meses de ingresos equivalentes a una restitución. La compensación total varía según el salario, la edad, la ocupación, la educación y los planes de carrera. Una vez transcurridos los 80 meses, debe volver a solicitar anualmente la renovación de las prestaciones.

Otras coberturas notables: Los dependientes tienen derecho a distintos beneficios por fallecimiento. Por ejemplo, un cónyuge puede recibir hasta 100 meses de beneficios con una compensación total basada en un porcentaje del salario al momento del fallecimiento en comparación con el promedio estatal. Los dependientes pueden recibir hasta $5,000 en gastos de entierro.

Tipos de cláusulas adicionales del seguro por discapacidad

Un anexo es un complemento que modifica la cobertura de su seguro por discapacidad. Algunos anexos son gratuitos, mientras que otros tienen un costo adicional. Si bien los anexos no son exactamente tipos de seguro, pueden afectar el funcionamiento de su póliza.

A continuación se presentan algunos complementos comunes del seguro por discapacidad:

- **Cláusula de aumento automático** : aumenta sus beneficios durante un número limitado de años sin necesidad de un examen médico.
- **Cláusula de ajuste del costo de vida** : aumenta sus beneficios mensuales para mantenerse al día con la inflación.
- **Opción de aumento futuro** : le permite aumentar sus beneficios un número limitado de veces sin un examen médico.
- Garantizado renovable y no cancelable: garantiza que su póliza se mantenga activa y que sus tarifas se mantengan iguales mientras continúe pagando sus primas.
- **Cláusula adicional por incapacidad parcial o residual** : puede recibir algunos beneficios por incapacidad si una lesión o enfermedad afecta sus ingresos de alguna manera, incluso si no puede trabajar.
- **Exención de rehabilitación** : ayuda a pagar el costo de la rehabilitación física u ocupacional después de una discapacidad.
- **Cláusula de protección de jubilación** : cubre los pagos que usted habría realizado a un fondo de jubilación mientras estaba trabajando.
- **Cláusula de protección de préstamos estudiantiles** : continúa con los pagos de tus préstamos estudiantiles mientras estás sin trabajo.
- **Beneficio por sobreviviente o muerte:** paga algunos meses de beneficios a un beneficiario sobreviviente si usted muere mientras recibe pagos por discapacidad.

¿Qué tipo de póliza tiene renovación garantizada?

Las pólizas de seguro de incapacidad tanto a corto como a largo plazo pueden tener renovación garantizada.

¿El seguro de invalidez tiene siempre renovación garantizada?

No necesariamente. Aunque es más común que la cobertura sea renovable y garantizada que condicional, siempre debes asegurarte de saber qué tipo de póliza estás comprando antes de finalizar tu cobertura.

¿Todo el mundo necesita tener un seguro renovable y garantizado?

Sí, su seguro por discapacidad debe tener renovación garantizada. De lo contrario, no puede tener la certeza de poder utilizar sus beneficios en el futuro.

¿Cuánto cuesta el seguro de invalidez renovable garantizado?

La mayoría de las pólizas de seguro por discapacidad tienen renovación garantizada, por lo que no tendrá que preocuparse por pagar una tarifa adicional para agregarla a su póliza.

Alternativas al seguro de invalidez

El autoseguro puede ser una alternativa al seguro por discapacidad. El autoseguro no es un tipo de seguro por discapacidad, simplemente significa utilizar sus ahorros para cubrir sus gastos mientras está sin trabajo.

Esta es solo una opción si tienes suficiente dinero ahorrado como para poder depender únicamente de tus ahorros mientras no estás trabajando.

Conceptos básicos del seguro de invalidez

A continuación se presentan algunos términos y frases importantes que debe conocer si está buscando un seguro por discapacidad:

- **Monto del beneficio** : La cantidad que se le pagará si una lesión o enfermedad le impide trabajar.
- **Período de beneficio** : el período durante el cual recibirás los pagos después de una discapacidad. Tu período de beneficio puede durar unos meses, años o incluso décadas.
- **Reclamación** : El proceso de presentar prueba de su discapacidad a su compañía de seguros para que pueda comenzar a cobrar sus beneficios.
- **Definición de discapacidad** : Las reglas de su póliza sobre lo que se considera una “discapacidad” cubierta. Esto puede afectar si puede recibir algún beneficio y cuánto puede cobrar.
- **Período de eliminación** : también llamado “ período de espera ”, es el tiempo que debe esperar entre un evento o lesión incapacitante y el momento en que puede comenzar a recibir los pagos.

Por lo general, cuando adquiere una póliza de seguro por discapacidad, puede elegir un período de eliminación o de espera. En el caso de un seguro por discapacidad a largo plazo , a veces puede elegir un período de eliminación más largo, lo que implica tarifas más económicas, pero no haga que su período de eliminación sea demasiado largo, ya que puede significar pasar meses o incluso años sin ingresos. Recuerde que la mejor manera de encontrar un seguro por discapacidad asequible es comparando cotizaciones de varias compañías.

Los períodos de eliminación para el seguro por incapacidad a largo plazo varían de 30 días a dos años, y de siete días para una póliza a corto plazo.

Su período de eliminación comienza el día del evento que lo incapacita, **no** cuando presenta una reclamación. Por lo tanto, en el caso de una enfermedad, eso significaría el primer día en que sus síntomas le impidan trabajar. Una vez que finalice su período de eliminación, y siempre que su condición coincida con la definición de discapacidad de su póliza y su reclamación sea aceptada, comenzarán a recibir sus beneficios.

¿Cómo funcionan los períodos de eliminación?

Los períodos de eliminación funcionan de la siguiente manera: puede presentar una reclamación tan pronto como sufra una enfermedad o lesión que lo mantenga fuera del trabajo, pero no comenzará a recibir pagos hasta que finalice el período de eliminación. Por lo tanto, si su período de eliminación es de 6 meses, no comenzará a recibir pagos hasta que transcurran 6 meses a partir de la fecha del evento incapacitante.

Pero los períodos de eliminación a veces pueden ser complicados. Según cómo elija recibir sus beneficios (es decir, sus pagos), es posible que no lleguen inmediatamente después de que finalice su período de eliminación y que tenga que vivir de sus ahorros durante más tiempo del esperado.

Solo tienes un período de eliminación por lesión o enfermedad, por lo que si intentas volver a trabajar después de algunas semanas de descanso pero no puedes, tu período de eliminación no se reiniciará.

También es posible omitir el período de eliminación por completo si tiene una discapacidad grave, está discapacitado permanentemente o si tiene que presentar más de un reclamo por discapacidad.

¿Cómo elegir un período de eliminación?

Al elegir un período de eliminación, considere cuánto tiempo puede permitirse vivir sin un cheque de pago y cualquier otra cobertura que tenga que pueda pagar mientras espera.

Estos pasos pueden ayudarle a decidir un período de eliminación para su póliza de seguro por discapacidad:

- **Haz los cálculos** : calcula tus gastos mensuales y divide el total por el dinero que tienes ahorrado. Esto te indicará cuántos meses de margen tienes para depender únicamente de tus ahorros.
- **Tenga en cuenta otras formas de ingresos** : si no tiene muchos ahorros, pero tiene una pareja que gana suficiente dinero para mantenerlos a flote mientras usted está sin trabajo, o tiene un seguro por discapacidad a corto plazo que pagará de inmediato, es posible que pueda optar por un período de eliminación más largo para su cobertura por discapacidad a largo plazo.

¿Cómo afectan los diferentes períodos de eliminación a las tarifas del seguro de discapacidad?

Su período de eliminación es solo uno de los factores (junto con la cantidad de cobertura que obtiene, su período de beneficio y su edad) que determinan sus tarifas de seguro por discapacidad. De hecho, su período de eliminación puede afectar sus tarifas en gran medida.

Descubrimos que el costo promedio de un seguro por discapacidad con un período de eliminación de 30 días es casi el doble del costo de una póliza con un período de espera de 90 días. Un período de eliminación aún más prolongado de 720 días es aproximadamente un tercio más barato que una póliza con un período de espera de 90 días.

Periodo de eliminación	Tasa media
30 días	$1,667
60 días	$1,358
90 días	$843
180 días	$713
365 días	$604
720 días	$575

Tarifas mensuales promedio para el seguro de incapacidad a largo plazo para ocupación propia con un período de beneficio hasta los 65 años.

Recuerde que aún debe poder cubrir sus gastos mientras esté sin trabajo y no reciba ningún beneficio o ingreso de otra fuente , así que no elija simplemente el período de eliminación más largo que pueda. Obtenga cobertura de discapacidad asequible **.**

Período de eliminación vs. período de prueba

Un período de eliminación no es lo mismo que un período de prueba en materia de seguros. Un período de prueba es un período de tiempo determinado durante el cual no se puede presentar una reclamación .

El seguro por incapacidad a largo plazo no suele tener un período de prueba; la mayoría de las pólizas por incapacidad no lo tienen. Otros tipos de seguros, como el seguro médico, suelen tener períodos de prueba, pero puedes presentar una reclamación por incapacidad el día después de que comience tu póliza si lo necesitas, siempre y cuando no sea por una enfermedad preexistente.

- **Cláusula adicional** : una cláusula adicional por discapacidad es un cambio o un añadido a su cobertura. Las cláusulas adicionales pueden estar incluidas o ser opcionales; es posible que tenga que pagar un adicional para añadir una cláusula adicional opcional.

- **Prima** : Los pagos regulares que usted realiza para mantener activa su póliza de seguro por discapacidad.

Póliza de ingresos por discapacidad grupal

- **Descripción** : Ofrecida por los empleadores, esta póliza proporciona beneficios de ingresos por discapacidad a los empleados.
- **Ejemplo** : Una póliza proporcionada por un empleador que paga el 50% del salario de un empleado si no puede trabajar debido a una enfermedad prolongada.

Política de empleados clave

- **Descripción** : Proporciona beneficios a una empresa si un empleado clave queda discapacitado.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $100,000 a una empresa si su principal ejecutivo de ventas no puede trabajar durante seis meses debido a una discapacidad.

Póliza de seguro de vida grupal: definición y explicación

Aproximadamente dos tercios de los estadounidenses dependen del seguro de vida colectivo que les brinda su trabajo. Sin embargo, casi la mitad de estas personas no entienden o solo entienden parcialmente cómo funciona, según un estudio de Insurance Barometer realizado por LIMRA y Life Happens, ambos grupos financiados por la industria.

¿Qué es el seguro de vida colectivo?

El seguro de vida colectivo es un contrato único que brinda cobertura a un grupo de personas, generalmente aquellas que trabajan para la misma empresa. El empleador es el propietario de la póliza, que cubre a los empleados. Sus beneficiarios recibirán un pago si usted fallece mientras está cubierto por el seguro colectivo.

La póliza de seguro de vida colectivo más común es la que ofrecen los empleadores. Sin embargo, algunas iglesias, asociaciones profesionales, grupos de exalumnos, sindicatos y otras organizaciones afiliadas ofrecen seguros de vida colectivos a sus miembros.

Existen muchas fórmulas diferentes que se utilizan para calcular los beneficios del seguro de vida colectivo. A continuación, se indican algunos de los tipos más comunes.

Planes de beneficios con múltiplos fijos de ingresos

Estos planes de seguro de vida colectivo vinculan el monto de su beneficio por fallecimiento a un múltiplo de su salario, como por ejemplo el doble de su salario anual. Como el pago está vinculado a su salario, el nivel de protección aumenta a medida que aumentan sus ingresos.

Planes de beneficios de múltiplos de ingresos variables

Los beneficios de estos planes de seguro de vida colectivos se basan en múltiplos de sus ingresos en determinados umbrales. Por ejemplo, el beneficio por fallecimiento puede ser igual a su salario si gana menos de una determinada cantidad, o puede ser el doble de sus ingresos anuales si gana más de una determinada cantidad.

Planes de beneficios con monto fijo en dólares

Estos planes de seguro de vida colectivo pagan la misma cantidad a todos los empleados y tienen un monto fijo en dólares. Los pagos que van desde $10,000 a $25,000 suelen ser los más comunes.

Planes de beneficios con montos variables en dólares

Los pagos del plan de monto variable en dólares pueden variar según sus ganancias y antigüedad.

¿Cuál es el propósito del seguro de vida colectivo?

El propósito del seguro de vida grupal es ayudar a brindar tranquilidad a los empleados y sus familias, sabiendo que tendrán cierta seguridad financiera si la persona cubierta por el seguro de vida grupal fallece.

Las empresas ofrecen seguros de vida colectivos como una forma de atraer y retener talento. Para las empresas, ofrecer seguros de vida colectivos puede ser una forma eficaz de demostrar a los empleados que se les valora y que su bienestar es una prioridad.

Para las familias que luchan por llegar a fin de mes, el seguro de vida colectivo puede ser un salvavidas. Sin embargo, algo que debe saber sobre el seguro de vida colectivo es que, a menudo, no es suficiente por sí solo. El seguro de vida colectivo también se denomina a veces seguro de vida complementario porque está destinado a brindar protección adicional más allá de una póliza de seguro de vida individual.

Pros y contras del seguro de vida colectivo

Si bien el seguro de vida colectivo es un beneficio valioso, tiene sus ventajas y desventajas.

Ventajas del seguro de vida colectivo

- El seguro de vida grupal generalmente es menos costoso que el seguro de vida individual porque su empleador paga todo o la mayor parte del costo.
- A menudo es más fácil calificar para un seguro de vida grupal porque no se requiere un examen médico, a menos que desee comprar un seguro de vida grupal adicional.
- El seguro de vida grupal es fácil de obtener porque puede inscribirse durante la incorporación del empleado o la inscripción abierta.
- Es posible que pueda agregar cobertura para un cónyuge y/o dependiente.

Desventajas del seguro de vida colectivo

- Si dejas tu trabajo, a menudo pierdes la cobertura. La única excepción es si tu póliza es “portable”, lo que significa que sigues comprando el seguro de vida colectivo (a tu propio costo) después de haber dejado el trabajo.
- El beneficio por muerte de una póliza de seguro de vida grupal suele ser menor que el de una póliza individual.

- La mayoría de las pólizas de seguro de vida grupal no tienen valor en efectivo, lo que significa que no puede pedir un préstamo contra ellas, como puede hacerlo con el seguro de vida permanente .

Resumen: Pros y contras del seguro de vida colectivo

Ventajas	Contras
Generalmente gratis o de bajo costo	La cobertura generalmente está vinculada al empleo.
En la mayoría de los casos no se requiere examen médico	Montos bajos de beneficio por muerte
Es fácil inscribirse en el trabajo	Sin valor en efectivo

Cuándo contratar un seguro de vida colectivo

Si su empleador ofrece un seguro de vida colectivo gratuito, tiene sentido contratarlo. Normalmente no le cuesta nada y proporcionará un poco más de seguridad financiera a sus beneficiarios en caso de que usted fallezca. Incluso si tiene que pagar por un seguro de vida colectivo, suele ser más económico que una póliza de seguro de vida individual.

Además de eso, el seguro de vida colectivo puede ser una excelente manera de obtener cobertura si tiene problemas para calificar para una póliza individual debido a problemas de salud. Esto se debe a que los estándares de suscripción suelen ser más laxos para las pólizas colectivas.

Requisitos para el Seguro de Vida Colectivo

Para calificar para un seguro de vida colectivo, por lo general, debe ser un empleado activo de la compañía que ofrece la póliza. Algunas pólizas pueden requerir que trabaje una cierta cantidad de horas por semana para calificar, mientras que otras pueden estar disponibles para todos los empleados, independientemente de su estatus.

Primas del seguro de vida colectivo

Las primas de los seguros de vida colectivos suelen ser pagadas en su totalidad o en parte por el empleador. Si pagas una parte, se te puede deducir de tu sueldo. La prima puede depender de factores como tu edad, tu salario y si fumas o no. Tu empleador también puede ofrecer distintos niveles de cobertura a distintos precios, por lo que puedes elegir cuánta cobertura quieres en función de tus necesidades y tu presupuesto.

El costo del seguro de vida colectivo

Los costos del seguro de vida colectivo varían según el empleador, la compañía de seguros de vida y las características del grupo, como la edad promedio de los empleados. El costo promedio del seguro de vida colectivo adquirido a través de un empleador suele ser bastante bajo.

Por ejemplo, veamos el seguro de vida grupal de Walmart y Amazon, dos de las compañías más grandes de Estados Unidos.

Walmart ofrece a sus empleados a tiempo completo un seguro de vida pagado por la empresa equivalente a su salario anual, hasta $50,000. Además, los asociados por hora pueden pagar hasta $200,000 en seguro de vida colectivo, mientras que los asociados asalariados y los conductores pueden pagar hasta $1 millón en cobertura.

Un empleado de Walmart de 40 años a tiempo completo que no consume tabaco paga $0,0295 por $1000 o $2,95 por período de pago quincenal por $100 000 en cobertura adicional.

Estas primas adicionales se deducen de los cheques de pago.

Amazon ofrece a la mayoría de los empleados a tiempo parcial y completo un seguro de vida básico gratuito equivalente al doble de su salario anual. Los empleados tienen la opción de comprar cobertura adicional por hasta diez veces su salario anual base.

Por ejemplo, un empleado de Amazon de 40 años a tiempo completo pagará 0,059 dólares por cada 1.000 dólares de cobertura adicional. Si ese empleado quiere comprar un seguro de vida colectivo adicional de 100.000 dólares, deberá pagar una prima mensual de 5,90 dólares.

B. Muerte accidental y desmembramiento

- **Descripción** : Proporciona beneficios si el asegurado muere o pierde una extremidad debido a un accidente.
- **Ejemplo** : Una póliza que paga $200,000 por muerte accidental y $100,000 por la pérdida de una extremidad.

Comprender el seguro por muerte accidental y desmembramiento: beneficios y cobertura

Los accidentes son la cuarta causa de muerte en Estados Unidos y la principal causa de muerte en adultos de entre 25 y 44 años, según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Solo las enfermedades cardíacas, el cáncer y la COVID-19 matan a más estadounidenses que los accidentes.

Por eso existe el seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Pero, como sucede con todos los mejores productos de seguro de vida , conviene entender qué cubre realmente y si lo necesitas.

¿Qué es el seguro por muerte accidental y desmembramiento?

Como sugiere el nombre, el seguro por muerte accidental y desmembramiento brinda cobertura en caso de muerte a causa de un accidente . Por lo general, también cubre si

pierde una extremidad o una función como la vista, la audición o el habla en un accidente.

Por lo general, los beneficiarios que usted designe en su póliza recibirán un pago único si usted muere en un accidente. Puede recibir lo que se denomina beneficios en vida si sufre una lesión, y el monto que recibe a menudo depende del tipo de lesión.

Por ejemplo, una póliza de AD&D podría pagar el 50% del monto de la cobertura que usted compra si pierde una cosa (por ejemplo, una mano, un pie o la vista en un ojo) y el 100% si pierde dos o más cosas. Y las pólizas podrían pagar entre el 50% y el 100% del monto del beneficio por parálisis como resultado de un accidente.

La cantidad de cobertura que puede obtener dependerá de los límites establecidos por las aseguradoras o por los empleadores que ofrecen el seguro por muerte accidental y desmembramiento como beneficio laboral. Por ejemplo, puede comprar una póliza por muerte accidental y desmembramiento de Farmers Insurance con un beneficio que va desde $37,500 a $200,000 por un accidente cubierto por su póliza. Farmers también puede pagar $1 millón por “determinadas circunstancias”, como perder la vida en un accidente aéreo en un vuelo comercial.

¿Qué cubre el seguro AD&D?

El seguro por muerte accidental y desmembramiento cubre únicamente las muertes y lesiones causadas por accidentes, no las causas naturales ni las enfermedades, ni los ataques cardíacos ni los accidentes cerebrovasculares . Las pólizas suelen cubrir la muerte o las lesiones causadas por accidentes en el trabajo, el hogar y durante los viajes.

Además, si su muerte es consecuencia de un accidente mientras viaja en transporte público, incluido un autobús, tren o avión, el pago puede ser el doble o el triple del monto de su cobertura básica. Para que esté cubierta, una muerte por accidente no tiene que ser instantánea, pero por lo general debe ocurrir dentro de un período de tiempo determinado, como unos pocos meses. La póliza describirá las reglas.

¿Existen beneficios adicionales del seguro AD&D?

Algunas aseguradoras pagarán un beneficio adicional si usted llevaba puesto el cinturón de seguridad durante un accidente que provocó una lesión o la muerte. También podrían proporcionarse beneficios adicionales para ayudar a los hijos a pagar la educación superior. Los servicios de asesoramiento, legal y financiero para los beneficiarios también pueden ser beneficios adicionales para el cónyuge sobreviviente. Estas opciones varían según la aseguradora.

¿Qué no cubre el seguro AD&D?

Lo que las compañías de seguros consideran un “accidente” no es tan sencillo como parece.

“La definición de accidente podría ser subjetiva”, dice Jon Voegele, vicepresidente de agencia de Country Financial.

Las pólizas suelen tener una larga lista de situaciones en las que no se cubren la muerte o las lesiones. Esas exclusiones pueden variar de una compañía a otra y

pueden depender del estado en el que se emite la póliza. Por lo general, no se pagan beneficios por:

- Lesión que ocurrió antes de la cobertura
- Muerte causada por enfermedades, incluidas las enfermedades mentales
- Suicidio o lesiones autoinfligidas
- Sobredosis de drogas
- Muerte o lesiones al conducir bajo los efectos del alcohol
- Muerte o lesiones por inhalación voluntaria de gas o ingestión de veneno
- Muerte o lesiones durante la comisión de un delito
- Muerte o lesiones sufridas al participar en un motín o durante una guerra
- Lesiones durante el servicio militar
- Muerte o lesiones por carreras de autos, volar un avión, practicar deportes profesionales o participar en deportes extremos como paracaidismo y buceo.

¿Cómo puedo obtener un seguro AD&D?

Si trabaja para una empresa, es muy probable que su empleador ofrezca un seguro por muerte accidental y desmembramiento como parte de su paquete de beneficios. Algunos planes grupales de empleadores también permiten que los empleados aseguren a su cónyuge e hijos.

Algunas compañías de seguros, como AIG Direct, Farmers Insurance y Mutual of Omaha , venden pólizas de seguro por muerte accidental y desmembramiento individuales. También puede buscar cotizaciones en línea o trabajar con un agente de seguros que pueda comparar pólizas para encontrar la mejor para sus necesidades.

La cobertura por muerte accidental también se puede adquirir como una póliza de seguro de vida adicional o como complemento de la póliza de seguro de vida. La cobertura puede duplicar el monto que recibiría por su seguro de vida si falleciera como resultado de un accidente.

Ver también: ¿Qué es el seguro de vida voluntario?

Costo del seguro por muerte accidental y desmembramiento

El costo del seguro por muerte accidental y desmembramiento suele ser menor que las tarifas de los seguros de vida tradicionales porque la cobertura se limita a los accidentes. Y si su empleador ofrece un seguro por muerte accidental y desmembramiento, es posible que pueda obtener un monto básico como beneficio gratuito.

En general, los costos del seguro por muerte accidental y desmembramiento están vinculados a la cantidad de cobertura que usted contrate. Por ejemplo, las primas mensuales pueden comenzar en $4.50 por cada $100,000 de cobertura por muerte accidental de Farmers. Las tarifas comienzan en aproximadamente $8 por mes por $100,000 de cobertura de Fabric. Debido a que las tarifas pueden variar de una

aseguradora a otra, puede ser conveniente comparar precios para encontrar la mejor tarifa.

Pros y contras del seguro AD&D

Algunas personas piensan erróneamente que tener un seguro por muerte accidental y desmembramiento es una red de seguridad financiera en caso de que alguien muera inesperadamente. “Les da una falsa sensación de seguridad”, dice Voegele. Debido a que el seguro por muerte accidental y desmembramiento ofrece una cobertura limitada, no es adecuado para todos.

Ventajas

No es necesario que se someta a un examen médico para obtener un seguro por muerte accidental y desmembramiento, ni que responda preguntas sobre su salud, lo que puede hacer que este tipo de póliza sea atractiva para personas con afecciones preexistentes que dificultan la búsqueda de un seguro de vida asequible .

No se le negará la cobertura por su salud. Solo debe cumplir con los requisitos de edad. Por lo general, debe tener entre 18 y 70 u 80 años.

Puede obtener cobertura rápidamente. Como no tiene que completar cuestionarios extensos, no tiene que someterse a exámenes médicos ni tiene períodos de espera, puede obtener la aprobación de una póliza en cuestión de días o incluso minutos en el caso de algunas pólizas compradas en línea.

Contras

La cobertura es limitada. El seguro por muerte accidental y desmembramiento solo paga si la muerte o lesión fue resultado de un accidente, y hay muchas otras formas de morir además de un accidente. Esta cobertura limitada es una gran desventaja.

La cobertura no es tan barata como parece. Una póliza de AD&D cuesta menos que un seguro de vida normal, pero eso se debe a que la probabilidad de que se pague por AD&D es relativamente baja. “Las probabilidades de que la uses son tan bajas que resulta caro pagar el monto”, dice Voegele.

Es posible que pierda su cobertura si deja su trabajo. La mayoría de las personas que tienen seguro por muerte accidental y desmembramiento lo obtienen a través de un plan grupal en el trabajo, dice Voegele. A menudo, no puede conservar esa cobertura si deja su trabajo.

¿Quién debería obtener un seguro AD&D?

Dado que solo paga en caso de accidente, el seguro por muerte accidental y desmembramiento no es ideal para todos. Pero no lo rechace si se lo ofrecen como un beneficio laboral gratuito.

“Si te lo ofrecen gratis, no lo dudes”, dice Voegele. “Si tienes que pagar por ello, te recomiendo que no hay una solución única para todos”.

En otras palabras, considere el valor que obtendría por una póliza en el lugar de trabajo que tendría que pagar para determinar si la cobertura que obtendría valdría la pena.

Alternativas al seguro por muerte accidental y desmembramiento

Una póliza de seguro de vida a término suele ser una mejor cobertura que un seguro por muerte accidental y desmembramiento, ya que ofrece un pago por cualquier causa de muerte (excepto suicidio, generalmente dentro de los primeros dos años de tener la póliza). Por lo tanto, los accidentes, los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y más están cubiertos por una póliza de vida a término tradicional.

Si es joven y saludable, es posible que pueda obtener una póliza de vida a término a una tarifa no mucho más alta que la que pagaría por un seguro AD&D.

También sería mejor que te inscribieras en un seguro de discapacidad a través de tu empleador o que adquirieras una póliza por tu cuenta en caso de que no puedas trabajar. El seguro de discapacidad te ayudará a reemplazar los salarios perdidos si no puedes trabajar debido a una enfermedad o lesión.

“Yo evitaría los planes de muerte accidental porque hay muchas cosas que nos pueden pasar que no son accidentes”, dice Voegele. “Hay que estar cubierto ante cualquier cosa”.

C. Seguro de Gastos Médicos

Políticas básicas de hospitalización, medicina y cirugía

- **Descripción** : Cubre gastos básicos de hospitalización, médicos y quirúrgicos.
- **Ejemplo** : Una póliza que cubra estadías en el hospital, cirugías y visitas al médico.

Conclusiones clave:

Si detalla las deducciones, puede deducir los gastos médicos y dentales no reembolsados que excedan el 7,5 % de su ingreso bruto ajustado (AGI).

El IRS le permite deducir los gastos de muchos productos y servicios médicamente necesarios, incluidas cirugías, medicamentos recetados y atención dental y de la vista.

No se pueden deducir los gastos médicos que se destinan a fines generales de salud, como los suplementos nutricionales y las vitaminas. Para que se puedan considerar deducibles, los gastos deben tener como finalidad prevenir o tratar una afección médica específica.

A medida que se acercan las fechas límite para presentar la declaración de impuestos, es posible que esté tratando de averiguar las diferentes formas en que puede reducir su factura de impuestos sobre la renta. Una oportunidad de ahorro que a menudo se pasa por alto es la deducción de los gastos médicos.

Aunque muchas personas optan por la deducción estándar, si detalla las deducciones, es posible que pueda reducir su impuesto a la renta del año deduciendo ciertos gastos médicos y dentales. Si se sometió a una cirugía, le diagnosticaron cáncer u otra afección médica grave o se sometió a un proceso como la FIV para quedar embarazada, los altos costos de bolsillo podrían convertirlo en candidato para solicitar una deducción de gastos médicos. Algunos de los gastos que califican como deducciones, como las pelucas y la cirugía LASIK, pueden incluso sorprenderlo.

¿Cuáles son las reglas para deducir gastos médicos?

Debe cumplir ciertos requisitos para ser elegible para deducir gastos médicos en su declaración de impuestos.

En primer lugar, debe detallar sus deducciones en el Anexo A de su declaración de impuestos, en lugar de tomar la deducción estándar. Por lo general, solo detallará las deducciones si suman más que la deducción estándar. Deberá elegir la opción que le permita pagar el monto más bajo en impuestos federales sobre la renta. Por lo tanto, si es un contribuyente soltero cuya deducción estándar es de $13,850, solo deberá detallar las deducciones si superan los $13,850.

Lamentablemente, no podrá deducir todos sus gastos médicos en su declaración de impuestos, incluso si elige detallar las deducciones. Solo puede deducir los gastos médicos y dentales no reembolsados para usted, su cónyuge y sus dependientes que superen el 7,5 % de su ingreso bruto ajustado (AGI). Es importante que conserve todos sus recibos para que pueda tener pruebas de sus gastos médicos en caso de que lo auditen.

Digamos que tiene un ingreso bruto ajustado de $60,000 y sus facturas médicas suman $15,000 por año. En su declaración de impuestos, puede deducir los gastos calificados superiores a $4,500 (7.5% de $60,000). Eso equivale a $10,500 en gastos médicos calificados ($15,000 menos $4,500) por año.

Según la Publicación 502 del IRS, solo puede clasificar servicios o artículos como gastos médicos si “alivian o previenen una discapacidad o enfermedad física o mental”. A continuación, se muestran 99 gastos de medicamentos que puede deducir en su declaración de impuestos en 2024, organizados por categoría.

Servicios o productos de visión

Los servicios o productos para la vista que se utilizan para tratar problemas de visión se incluyen en la categoría de gastos médicos calificados. Esto también se aplica a los lentes de contacto y productos relacionados. A continuación, se detallan 11 gastos de la vista que puede deducir en 2024:

- Libros y revistas en Braille utilizados por personas con discapacidad visual
- Lentes de contacto
- Estuches para lentes de contacto
- Limpiador enzimático
- Gotas para los ojos
- Exámenes de la vista
- Cirugía ocular con láser
- Anteojos con prescripción médica
- Gafas de sol graduadas
- Queratotomía radial

- Solución salina

Si sus gastos dentales no están cubiertos por el seguro, pueden ser deducibles de impuestos si ayudan a prevenir o aliviar enfermedades dentales. A continuación, se detallan 14 gastos dentales que puede deducir:

- Aplicación de selladores para prevenir la caries dental
- Tirantes
- Coronas
- Puentes dentales
- Revisiones dentales
- Radiografías dentales
- Dentadura postiza
- Extracciones
- Rellenos
- Tratamientos con flúor para prevenir la caries dental
- Cirugía de encías
- Productos Invisalign
- Conductos radiculares
- Limpiezas dentales para prevenir la caries dental

Los medicamentos recetados por un profesional de la salud también se consideran gastos médicos elegibles. Esto también se aplica a la insulina que no es recetada por un profesional de la salud. A continuación, se enumeran 13 de los medicamentos recetados con mayor frecuencia que pueden ser deducibles de impuestos.

- Antidepresivos
- Escitalopram (Lexapro)
- Fluoxetina (Prozac)
- Paroxetina (Paxil)
- Sertralina (Zoloft)
- Medicamentos para el control del peso crónico
- Saxenda (liraglutida)
- Wegovy (semaglutida)
- Zepbound (tirzepatida)
- Medicamentos para la disfunción eréctil

- Sildenafil (Viagra)
- Tadalafilo (Cialis)
- Stendra (avanafilo)
- Medicamentos para la diabetes tipo 2
- Mounjaro (tirzepatida)
- Ozempic (semaglutida)
- Trulicity (dulaglutida)

Es posible que pueda deducir los siguientes 10 gastos relacionados con la planificación familiar y los tratamientos de fertilidad:

- Pastillas anticonceptivas recetadas por un profesional de la salud
- Extractores de leche
- Fertilización in vitro (incluido el almacenamiento temporal de espermatozoides u óvulos)
- Aborto legal
- Bolsas para almacenar leche
- Almohadillas de lactancia
- Kits de prueba de embarazo
- Ligadura de trompas
- Vasectomía
- Reversión de la vasectomía

Es posible que pueda deducir las primas del seguro médico en su declaración de impuestos según cuánto haya gastado en atención médica, cómo haya pagado las primas y si trabajó por cuenta propia. Pero no puede deducir ningún gasto que haya sido reembolsado por un plan de seguro, una cuenta de gastos flexibles (FSA), una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) o cualquier otra cuenta de ahorros con ventajas impositivas.

Si pagó cualquiera de estos nueve tipos de primas de seguro con dólares después de impuestos, podrían ser deducibles:

- Seguro dental
- Seguro de cuidados a largo plazo (hasta un límite anual)
- Seguro médico a través del mercado de ACA
- Parte A de Medicare
- Parte B de Medicare
- Parte C de Medicare

- Parte D de Medicare
- Seguro médico Medigap
- Seguro de la vista

Si trabajó por cuenta propia durante el año, puede tener derecho a reclamar la deducción del seguro médico para trabajadores autónomos por las primas que pagó de su bolsillo, incluso si solicita la deducción estándar en sus impuestos. La deducción le permite reclamar hasta el 100 % de las primas que pagó por usted mismo, su cónyuge, sus dependientes o sus hijos adultos elegibles.

Si tiene una discapacidad y necesita hacer ciertas adaptaciones en su hogar, califica para deducir los costos de los siguientes seis artículos como gastos médicos:

- Barras de apoyo en un baño
- Gabinetes de cocina rebajados
- Se movieron los enchufes eléctricos
- Elevadores de sillas de ruedas para exteriores (elevadores de porche)
- Rampas para entrar y salir de tu casa
- Puertas y pasillos ensanchados

A continuación, se incluye una lista de 36 elementos adicionales que podrá deducir como gastos médicos en 2024:

- Tratamientos de acupuntura
- Servicios de ambulancia
- Exámenes físicos anuales
- Miembros artificiales
- Vendajes
- Kits de prueba de azúcar en sangre
- Cirugía de reconstrucción mamaria
- Escaneos corporales
- Modificaciones de vehículos diseñadas para personas con discapacidad
- Servicios de quiropráctico para atención médica.
- Copagos
- Muletas
- Perro guía entrenado para ayudar a personas con discapacidad visual o auditiva.
- Desinfectante de manos para prevenir la propagación del COVID-19
- Audífonos

- Atención hospitalaria en un hospital
- Tarifas de laboratorio
- Mascarillas para prevenir la propagación del COVID-19
- Costos de residencia de ancianos, incluidos alojamiento y comidas.
- Trasplante de órganos
- Servicios de osteópata para atención médica.
- Oxígeno para aliviar problemas respiratorios causados por una condición médica.
- Equipo de oxígeno
- Asistencia a congresos médicos
- Atención psiquiátrica
- Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias
- Servicios de un practicante de la Ciencia Cristiana para atención médica
- Terapia recibida como tratamiento médico
- Traslado a otra ciudad para servicios médicos
- Tratamiento en un instituto de salud, si se cumplen ciertos requisitos
- Visitas al psicólogo para atención médica
- Programas de pérdida de peso para tratar enfermedades cardíacas, hipertensión o ciertas otras afecciones.
- Sillas de ruedas
- Servicios de mantenimiento de sillas de ruedas, como reemplazo de batería o neumáticos.
- Pelucas que se consideran médicamente necesarias
- Rayos X

¿Qué gastos médicos no son deducibles de impuestos?

No se pueden deducir los gastos destinados a fines generales de salud, como membresías en gimnasios, vitaminas y alimentos dietéticos. Tampoco se pueden deducir los pagos por servicios médicos y dentales futuros.

A continuación se presentan algunos otros servicios y artículos que probablemente no sean deducibles de impuestos:

- Desodorante
- Pañales
- Estiramiento facial
- Trasplantes de cabello
- Cuotas del club de salud
- Bebidas saludables
- Suplementos a base de hierbas
- Primas de seguro pagadas por su empleador
- Liposucción
- Parches y chicles de nicotina que no requieren receta médica
- Medicamentos sin receta
- Suplementos nutricionales
- Gastos de gestación subrogada
- Pasta dentífrica
- Viajes hacia y desde el trabajo

El resultado final

Si detalla las deducciones, es posible que pueda deducir los gastos médicos y dentales que aún no se hayan reembolsado. Para que se consideren deducciones, los gastos deben estar relacionados con la prevención o el tratamiento de una afección médica específica. Los gastos totales deben superar el 7,5 % de su ingreso bruto ajustado (AGI) si desea deducirlos en su declaración de impuestos.

Seguro médico mayor: ¿qué es?

El seguro médico principal ofrece una cobertura integral, que la mayoría de nosotros esperamos de un seguro médico. Cubre la mayoría de los servicios y procedimientos médicos, desde visitas al médico hasta estadías en el hospital, cirugías y cobertura de medicamentos recetados.

La mayoría de los estadounidenses asegurados tienen un seguro médico de primera línea, pero no es el único tipo de seguro de salud disponible. Si está pensando en adquirir un seguro médico, es importante que comprenda claramente qué le ofrece el seguro médico de primera línea y sus alternativas.

¿Qué es el seguro médico mayor?

Las personas que buscan cobertura médica suelen querer el mejor seguro médico al precio más asequible. El seguro médico de primera necesidad es probablemente la opción más atractiva.

El seguro médico principal es el tipo de cobertura que se ofrece normalmente a través de un lugar de trabajo y del mercado de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA). Este tipo de seguro cubre la mayoría de los servicios y procedimientos de atención médica que puede recibir en un año determinado, incluidos:

- Atención preventiva
- Atención en sala de emergencias
- Atención de urgencias
- Atención ambulatoria
- Salud mental
- Laboratorios y pruebas
- Medicamentos recetados
- Cirugía y otros procedimientos
- Atención hospitalaria

En cambio, otros tipos de cobertura sanitaria no suelen ser tan completos. Por ejemplo, el seguro médico a corto plazo suele ofrecer cobertura durante un año con la posibilidad de extenderla dos años más en la mayoría de los estados. Los planes a corto plazo ofrecen primas más bajas, pero costos de bolsillo más elevados cuando se necesita atención, menos beneficios y protecciones al consumidor que el seguro médico de gastos mayores.

indemnización por hospitalización son otro tipo de cobertura de salud. Los planes de indemnización ofrecen un beneficio fijo que se le paga directamente a usted cuando necesita atención hospitalaria. Pero este tipo de seguro no cubre la atención médica estándar y está destinado a complementar, en lugar de reemplazar, el seguro de salud.

Qué cubre el seguro médico principal

Una de las características distintivas de los seguros médicos importantes que se encuentran en el mercado de la ACA es que cubren 10 beneficios de salud esenciales según lo definido por el gobierno federal. Los seguros de salud privados en los seguros de salud grupales que ofrecen los empleadores también suelen cubrir estos servicios.

Los beneficios esenciales para la salud incluyen:

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios de emergencia
- Hospitalización
- al embarazo , maternidad y recién nacido

- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación
- Servicios de laboratorio
- Servicios de prevención y bienestar y manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos

Los planes de salud en el mercado de la ACA también deben brindar cobertura de control de la natalidad y lactancia materna, aunque no estén específicamente enumerados entre los beneficios de salud esenciales.

Tipos de seguros médicos mayores

Existen varias formas de obtener un seguro médico importante, entre ellas:

Seguro médico del mercado de la ACA

Este tipo de seguro médico está disponible para personas y familias que no pueden conseguir una cobertura asequible a través de un empleador. Las compañías de seguros médicos privados ofrecen este tipo de cobertura médica integral.

Puede adquirir planes de seguro individuales y familiares en los mercados de seguros de salud federales y estatales. Las personas que califican para créditos fiscales y subsidios para primas anticipadas pueden pagar menos por un plan de la ACA. Solo los planes de la ACA brindan esos descuentos relacionados con los ingresos del hogar.

Seguro médico patrocinado por el empleador

La mayoría de los estadounidenses que trabajan obtienen su cobertura médica a través de un seguro de salud grupal de un empleador.

En muchos casos, el seguro médico patrocinado por el empleador ofrece la opción más asequible y completa. Los empleadores suelen pagar más de la mitad de los costos de las primas, lo que resulta más económico para los empleados.

Los empleados pagaron un promedio de $1,327 por año ($111 por mes) por seguro de salud a través de un empleador, mientras que las empresas pagaron un promedio de $6,584 anualmente, según la Encuesta de beneficios de salud para empleadores de 2022 de Kaiser Family Foundation.

COBRA

Si tiene cobertura de un plan médico importante en el trabajo y luego deja o pierde su trabajo, el seguro COBRA es una opción para extender su cobertura por un período, generalmente de 18 a 36 meses.

COBRA ofrece la misma cobertura que tenía con el plan del empleador, pero usted es responsable de los costos totales de la prima en lugar de dividirlos con su proveedor. Esto puede hacer que la cobertura COBRA sea bastante cara.

Seguro de enfermedad

Medicaid es un programa de seguro médico federal/estatal destinado principalmente a estadounidenses de bajos ingresos y niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades que reúnen los requisitos. Los costos de Medicaid se basan en sus ingresos.

Seguro médico del estado

Medicare es el programa federal de seguro médico que atiende principalmente a adultos mayores de 65 años. También ofrece cobertura a personas más jóvenes con discapacidades específicas y a aquellas con enfermedad renal en etapa terminal.

Planes de salud para estudiantes

Este tipo de seguro de salud generalmente está disponible para estudiantes universitarios, pero muchos estudiantes no necesitan este tipo de cobertura, ya que la ley federal les permite permanecer en el plan de seguro de salud de sus padres hasta que cumplan 26 años.

¿Quién necesita un seguro médico importante?

Casi todo el mundo necesita un seguro médico de primera necesidad. Tal vez quienes son ricos e independientes puedan contratar un seguro por su cuenta. Pero si no es su caso, el seguro médico de primera necesidad es esencial. Proporciona atención preventiva y puede ayudarle a evitar la ruina financiera si es hospitalizado o desarrolla una enfermedad crónica o potencialmente mortal.

Algunas personas evitan contratar un seguro médico importante y optan por un seguro a corto plazo simplemente porque es más barato y solo quieren cubrir una pequeña brecha de cobertura. Pero nunca se sabe cuándo su salud empeorará.

Si eso sucede, el seguro médico importante puede ofrecer una cobertura integral que le permitirá ahorrar miles de dólares.

¿Cuánto cuesta el seguro médico mayor?

El costo promedio mensual del seguro médico es de $928 para un plan ACA Bronze. Los costos mensuales promedio aumentan a $1,217 para un plan Silver y a $1,336 para un plan Gold. Esos promedios no consideran los créditos fiscales para las primas y los subsidios que pueden reducir los costos de un plan ACA según los ingresos del hogar.

Las compañías de seguros de salud establecen las tarifas de los planes de la ACA en función de la edad, el tipo de plan, el nivel de metal y el consumo de tabaco. No pueden utilizar el género ni el lugar de residencia.

Aquí está el costo promedio por edad.

Coste medio del seguro de salud por edad

El diseño de los beneficios de un plan determina aspectos como si puede recibir atención fuera de la red y si necesita derivaciones para ver a especialistas. Los planes de organización de mantenimiento de la salud (HMO) y de organización de proveedores exclusivos (EPO) suelen ser más económicos que los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) . A continuación, se muestra el costo promedio por tipo de plan.

Cómo obtener un seguro médico importante

Hay muchas maneras de obtener un seguro médico importante:

1. A través de su empleador. Si su lugar de trabajo ofrece cobertura grupal, esta suele ser la mejor y más económica manera de obtenerla.

2. A través del mercado de seguros de salud de la ACA. Una forma de obtener cobertura si no puede conseguirla en el trabajo es acudir a un mercado de seguros de salud federal o estatal. Estos planes ofrecen créditos fiscales y subsidios si su ingreso familiar lo permite.

3. Directamente a través de una aseguradora o un sitio web . También puede comprar directamente a una aseguradora de salud o a través de un sitio web de terceros.

4. A través de Medicaid. Si reúne los requisitos, puede obtener cobertura a través de este programa, que es un esfuerzo conjunto entre el gobierno federal y los estados individuales.

5. A través de Medicare. Si tiene 65 años o cumple con otros criterios, puede obtener cobertura a través de este programa federal.

6. A través de una universidad u otra institución de educación superior. Los estudiantes a menudo pueden obtener cobertura de esta manera.

Seguro médico de gastos médicos mayores frente a seguro médico de corto plazo

El seguro médico principal proporciona una cobertura más completa y mejores protecciones al consumidor que el seguro a corto plazo.

Dos ventajas del seguro a corto plazo son que es mucho más barato que el seguro médico importante y se puede adquirir en cualquier momento durante el año.

Seguro médico de gastos médicos mayores frente a seguro de indemnización por hospitalización

El seguro de indemnización por hospitalización no es una forma de seguro médico estándar, sino que está pensado para complementar su póliza de seguro principal.

Si bien el seguro médico principal cubre la mayoría de los tipos de servicios y procedimientos de atención médica, el seguro de indemnización hospitalaria le paga si está hospitalizado durante un período prolongado. No ofrece cobertura para otros tipos de servicios médicos.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO)

- **Descripción** : Proporciona servicios de salud a través de una red de proveedores por una tarifa anual fija.
- **Ejemplo** : Un plan HMO que requiere que los miembros elijan un médico de atención primaria y obtengan referencias para especialistas.

Organizaciones de proveedores preferidos (PPO)

- **Descripción** : Ofrece más flexibilidad para elegir proveedores de atención médica y no requiere referencias.

- **Ejemplo** : un plan PPO que permite a los miembros consultar a cualquier médico sin una remisión, pero ofrece costos más bajos para los proveedores dentro de la red.

Planes de punto de servicio (POS)

- **Descripción** : Combina características de los HMO y PPO, requiriendo un médico de atención primaria pero permitiendo atención fuera de la red a un costo mayor.
- **Ejemplo** : un plan POS que cubre visitas fuera de la red pero con un copago más alto.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

- **Descripción** : Permite a los empleados reservar dólares antes de impuestos para gastos médicos.
- **Ejemplo** : una FSA que permite a los empleados utilizar dólares antes de impuestos para recetas y visitas al médico.

Planes de salud con deducible alto (HDHP) y cuentas de ahorro para gastos médicos **(HSA)**

- **Descripción** : Los HDHP tienen deducibles más altos pero primas más bajas, y las HSA permiten ahorros antes de impuestos para gastos médicos.
- **Ejemplo** : un HDHP combinado con una HSA que permite a los empleados ahorrar dólares antes de impuestos para gastos médicos futuros.

Cuentas de reembolso de gastos de salud (HRA)

- **Descripción** : Cuentas financiadas por el empleador que reembolsan a los empleados los gastos médicos.
- **Ejemplo** : una HRA que reembolsa a los empleados los gastos médicos de bolsillo.

¿Qué es Medigap?

Su guía sobre el seguro complementario de Medicare

Qué cubren los planes complementarios de Medicare, cuándo puede inscribirse si es elegible y cuánto puede esperar pagar por la cobertura

¿Qué es Medigap?

Medigap, también conocido como seguro complementario de Medicare, es una póliza de seguro que complementa a Medicare Original. Está diseñado para cubrir algunos o todos los costos de bolsillo que un beneficiario tendría que pagar de otro modo por servicios cubiertos por Medicare Original.

Medicare Original no tiene un límite en los costos de bolsillo y la mayoría de las personas tienen cobertura complementaria. Solo el 8 % de los beneficiarios de Medicare dependen únicamente de Medicare Original. Por lo tanto, cuando se inscribe en Medicare, puede elegir Medicare Original más una póliza Medigap (y un plan de

medicamentos recetados de la Parte D de Medicare si no tiene otra cobertura de medicamentos recetados) o una póliza Medicare Advantage . No puede usar (y no necesita) una póliza Medigap junto con un plan Medicare Advantage.

¿Cuál es la diferencia entre Medicare Advantage y el suplemento de Medicare (Medigap)?

	Seguro médico Medigap	**Ventaja de Medicare**
¿Existe la oportunidad de cambiar el plan anual?	No sin evaluación médica, a menos que se encuentre en un estado que lo requiera.	Sí, durante el Período de elección anual y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage .
¿La cobertura es de emisión garantizada?	Sí, durante el período de inscripción abierta de Medigap (seis meses, a partir de que tenga 65 años y esté inscrito en la Parte B de Medicare). En la mayoría de los estados, no, una vez que haya finalizado el período de inscripción inicial. Si tiene menos de 65 años, esto varía según el estado .	Sí. (Tenga en cuenta que puede inscribirse cuando sea elegible por primera vez o durante el Período de elección anual. También puede realizar un cambio de plan durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. Fuera de esos períodos, generalmente no puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sin un período de inscripción especial.
¿Qué tan altos son los costos de bolsillo?	Esto varía según el plan. Para los nuevos afiliados, puede ser tan solo el deducible de $240 de la Parte B (con el Plan G), pero los planes menos integrales pueden resultar en costos de bolsillo más altos. (Tenga en cuenta que esto no incluye los costos de los medicamentos recetados).	Los costos de bolsillo pueden llegar a ser de hasta $8,850 para los beneficios dentro de la red, aunque el promedio es menos de $5,000 . (Tenga en cuenta que esto no incluye los costos de los medicamentos recetados).

¿Cuál es la diferencia entre Medicare Advantage y el suplemento de Medicare (Medigap)?		
¿Qué tan altas son las primas?	Varía según el plan y la ubicación.	Varía según el plan y la ubicación, pero la prima promedio en 2023 fue de aproximadamente $18 por mes (además del costo de la Parte B). Aproximadamente dos tercios de los inscritos tienen planes que no tienen prima aparte del costo de la Parte B.
¿A qué proveedores médicos puedes acudir?	Con excepción de Medicare SELECT, los planes Medigap cubren a todos los proveedores que aceptan Medicare en todo el país. Los planes Medigap no son planes de atención administrada, por lo que no los verá etiquetados como HMO, PPO, etc.	Los planes crean sus propias redes de proveedores, que pueden ser locales o nacionales. Los planes pueden limitar la atención a los proveedores dentro de la red (por ejemplo, las HMO) o dar la opción de consultar a proveedores fuera de la red a un costo más alto (por ejemplo, las PPO).
¿Están cubiertos los medicamentos recetados?	No. Los planes Medigap vendidos después de 2005 no incluyen cobertura de medicamentos recetados, por lo que los afiliados necesitan una cobertura separada para eso.	El 89% de todos los planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos recetados.
¿Hay planes disponibles en todas las áreas de los EE. UU. y sus territorios?	Los planes están disponibles en todo Estados Unidos, aunque la cantidad de planes disponibles varía de una zona a otra. Los planes no están disponibles en los territorios de Estados Unidos.	Hay planes disponibles en casi todas las áreas, aunque 68 condados rurales no tienen planes Medicare Advantage disponibles en 2024. Tampoco hay planes Medicare Advantage disponibles en Guam, las Islas Vírgenes, Samoa Americana o las Islas

¿Cuál es la diferencia entre Medicare Advantage y el suplemento de Medicare (Medigap)?		
		Marianas del Norte, aunque hay planes Medicare Advantage disponibles en Puerto Rico.

¿Para qué se utiliza la cobertura Medigap?

La cobertura Medigap pagará diversas facturas médicas que los beneficiarios de Medicare Original de otro modo tendrían que pagar ellos mismos. Medicare Original incluye la Parte A de Medicare, para atención hospitalaria, y la Parte B de Medicare, para servicios médicos y atención ambulatoria. Ambas partes tienen costos de bolsillo y no hay límite en cuanto a cuán altos pueden ser esos costos:

- La Parte A de Medicare tiene un deducible para cada período de beneficio, más cargos diarios que comienzan a acumularse después de 60 días en el hospital o después de 20 días de estadía cubierta en un centro de enfermería especializada.
- La Parte B de Medicare tiene un deducible anual y luego un coseguro del 20 % para todos los servicios cubiertos. (Ciertos cuidados preventivos están totalmente cubiertos, sin deducible ni coseguro).

¿Cuál es la diferencia entre Medicare Original y Medicare Advantage?

Original Medicare vs. Medicare Advantage: a comparison*

	Original Medicare	Medicare Advantage (MA)
Also known as	Traditional Medicare	Medicare Part C
Enrollment through	**Federal government:** Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	Private carriers
What's covered?	Medicare Part A covers inpatient hospital stays, skilled nursing facility care, hospice care and some home health care. Medicare Part B covers medically necessary services and preventative services, including doctors visits, outpatient hospital stays and medical equipment.	Combines Medicare Part A and Medicare Part B and usually also includes Medicare Part D prescription drug coverage plus additional benefits described below.
Availability	Nationwide	Sold in most but not all counties.
Outpatient prescription drug coverage	Not included. (**Exception:** When administered by injection/infusion in medical office.)	Included in most plans.
Dental & vision	Not included	Included in most plans
Monthly premium cost	No Part A premium for most enrollees Part B premium of $174.70/month in 2024 for most enrollees	Average premium projected to be $18.50/month in 2024. You'll pay this in addition to your Original Medicare premium. **Note:** In 2023, 73% of Medicare Advantage enrollees paid no MA premium, and only paid the Medicare Part B premium.
Cap on out-of-pocket costs	No	**Yes:** In-network out-of-pocket costs can't exceed $8,850 in 2024 (not including prescription drug costs).
Nationwide access to physicians	Yes	Access varies plan to plan. Some MA plans have narrower networks – with fewer physicians in their county.
Will you need to buy additional supplemental coverage?	Probably. Most people buy supplemental insurance due to the lack of prescription drug coverage, dental, vision, and cap on out-of-pocket costs.	Probably not, because most Medicare Advantage plans include coverage for prescription drugs, dental, vision, and cap on out-of-pocket costs.

medicare resources .org

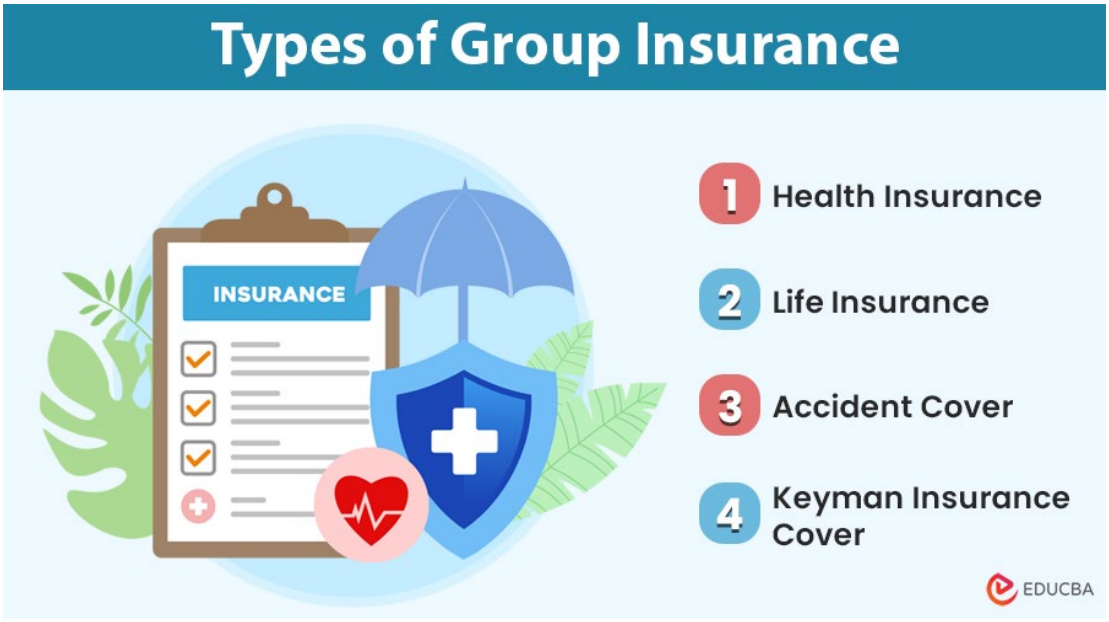
*Complete infographic information available at medicareresources.org/compare

E. Seguro de grupo

Diferencias entre contratos individuales y grupales

a. **Descripción** : El seguro grupal se proporciona a un grupo de personas bajo un solo contrato, generalmente a través de un empleador.

4. **Ejemplo** : un plan de seguro médico proporcionado por el empleador versus un plan comprado individualmente.



5. Características generales

a. **Descripción** : El seguro grupal generalmente ofrece primas más bajas y una suscripción simplificada.

b. Ejemplo : Una póliza de seguro de vida grupal que no requiere exámenes médicos para la cobertura.

Definición de seguro colectivo

El seguro de grupo se refiere a una cobertura de seguro que cubre a un conjunto completo de personas que pueden pertenecer a un grupo particular, empresa o cualquier otra entidad asociada que los convierte en un grupo con una identidad común.

En definitiva, el Seguro de Grupo es una cobertura de seguro colectivo con un producto estandarizado para todos los miembros del grupo y que comprende una única póliza emitida en lugar de una póliza para cada miembro del grupo. El Seguro de Grupo es una característica común en los grupos de Empleadores-Empresarios o en el caso de los grupos profesionales. Sin embargo, no se limita a estos grupos y puede ser para cualquier grupo con un vínculo común entre ellos.

Explicación

Se trata de un seguro que implica la participación de varios grupos de miembros bajo una única póliza y cuyo importe de la prima lo paga el jefe del grupo (en el caso de un

seguro entre empleador y empleado), o puede implicar una prima aportada por los miembros del grupo. La póliza sigue siendo válida para los miembros del grupo mientras formen parte del mismo y los beneficios dejan de existir si uno abandona el grupo.

Características del Seguro Colectivo

Algunas de las características comunes se enumeran a continuación:

- El seguro de grupo implica la emisión de una única póliza maestra que cubre a todos los miembros del grupo con un documento de identidad separado emitido para cada miembro del grupo.
- Generalmente económico en comparación con pólizas individuales con los mismos términos y condiciones.
- Está estandarizado y no personalizado y sigue un enfoque de ajuste único.
- Generalmente está cubierto por el seguro de salud y de vida.

¿Cómo funciona el seguro grupal?

El funcionamiento es bastante simple y directo y, a diferencia del seguro normal, donde a cada individuo se le proporciona una póliza personalizada, implica un acuerdo maestro directo entre la compañía de seguros y la organización empleadora relacionado con los términos de la póliza, la cobertura y el monto de la prima.

En caso de que la prima sea pagadera en su totalidad por el empleador, el monto total de la prima será pagado directamente por el empleador a la compañía de seguros y cada miembro del grupo recibirá una tarjeta de identidad sanitaria única a través de la cual podrá acceder a los beneficios. En caso de que la prima sea pagadera por el empleado, el monto de la prima será debitado por el empleador y pagado colectivamente a la compañía de seguros y el resto del procedimiento seguirá siendo el mismo.

Ejemplo de seguro de grupo

ABC Limited brinda asesoramiento legal a sus clientes en materia de derechos de propiedad intelectual. Debido al alcance inherente del trabajo que genera diversas responsabilidades contingentes y demandas que los clientes pueden presentar en caso de problemas en el cumplimiento de sus funciones, ABC Limited ha contratado un seguro de responsabilidad civil para todos sus empleados, que los protege de cualquier demanda presentada por sus clientes mientras cumplen con sus responsabilidades y de cualquier reclamo financiero en el futuro.

Tipos de seguros colectivos

Hay varios tipos disponibles que atienden diversas necesidades del grupo, que pueden basarse en salud, cobertura de vida, beneficios de jubilación y seguro de responsabilidad, así como relacionados con la responsabilidad de compensación, etc.; sin embargo, los tipos principales se enumeran a continuación:

- **Seguro de salud grupal:** el seguro grupal más común y predominante cubre el costo de los gastos médicos y relacionados con la salud para un grupo con

características estandarizadas y una suma asegurada fija para los miembros del grupo (en algunos casos, la suma asegurada varía según el grado particular de los empleados, siendo otras características iguales).

- **Seguro de vida colectivo:** normalmente, el empleador lo ofrece a sus empleados como una cobertura de vida en virtud de la cual se paga una cantidad fija en caso de que el empleado muera mientras cumple con sus funciones. La prima la paga el empleador o la cobra a los empleados y la paga colectivamente el empleador a la compañía de seguros.
- **Cobertura colectiva de accidentes:** este tipo de plan suele ofrecerse para cubrir cualquier lesión o pérdida de vida a causa de un accidente durante el trabajo. Normalmente, este tipo de prima la paga el empleador.
- **Seguro de responsabilidad civil para empleados clave:** se trata de un seguro que se ha incorporado recientemente, pero que cada vez tiene más importancia. Normalmente, los funcionarios clave de determinadas industrias, como la banca, la medicina y el derecho, toman decisiones profesionales en sus asuntos comerciales cotidianos que pueden tener graves consecuencias financieras si las cosas salen mal. Por ello, el empleador toma este tipo de seguro para limitar la responsabilidad financiera de dichos funcionarios clave mientras cumplen con sus responsabilidades profesionales de forma independiente sin temor a un fracaso financiero.

Importancia del Seguro Colectivo

Es muy importante y una parte necesaria de los beneficios ofrecidos como parte de la remuneración en el Contrato de Servicio. Su relevancia y utilidad no se limita solo a la relación Empleador-Empleado, sino que se puede observar en todo tipo de configuraciones grupales que incluyen también a No Empleados.

Además, ayuda a brindar beneficios mejores y personalizados a un grupo grande a un costo económico, lo que conduce a un mejor bienestar financiero y económico de los miembros del grupo.

Beneficios

Ofrece múltiples beneficios. A continuación se enumeran algunos de ellos:

- Proporciona beneficios médicos y de vida a un costo económico para los miembros del grupo.
- Actúa como complemento para que un empleador atraiga el talento adecuado. Normalmente se ha observado que los empleados prefieren las empresas que ofrecen seguros colectivos.
- Ayuda a las empresas a ahorrar costes ya que disponen de un pool más amplio y pueden negociar mejor con las compañías de seguros.
- También proporciona un beneficio fiscal a los empleadores y da como resultado una reducción del gasto fiscal de la empresa, ya que los gastos de seguro grupal son deducibles de impuestos.
- En la mayoría de los casos, el seguro de grupo no requiere las pruebas médicas que sí se requieren en el caso del Seguro Individual.

Limitaciones

A pesar de varias ventajas, existen ciertas desventajas que se enumeran a continuación:

- Proporciona un producto estandarizado que se basa en una estrategia de talla única y puede no ser una buena opción para muchos miembros del grupo. Por ejemplo, un empleador que ofrece una cobertura de salud de $10 000 para sus empleados puede ser suficiente para sus empleados, pero no tanto para los empleados de un grupo de edad más alto.
- Deja de existir cuando el miembro del grupo abandona el grupo. En el caso del contrato de trabajo, el seguro colectivo deja de existir cuando el empleado abandona la organización.

Seguro de cuidados a largo plazo: lo que necesita saber

Según la Administración para la Vida en Comunidad, los adultos que hoy tienen 65 años tienen casi un 70 % de probabilidades de necesitar algún tipo de servicio y apoyo de cuidados a largo plazo en algún momento de sus últimos años [1]. Los cuidados a largo plazo, que pueden adoptar muchas formas para abordar las necesidades de asistencia de una persona con las actividades de la vida diaria (AVD), pueden ser costosos y la mayoría de los planes de seguro médico privados no los cubren. Por este motivo, algunos adultos mayores deciden inscribirse en un plan de seguro de cuidados a largo plazo.

Continúe leyendo para obtener más información sobre qué es el seguro de atención a largo plazo, cómo funciona, qué cubre y más.

Tipos de pólizas de seguro de atención a largo plazo

Según Robyn Pate, corredora de seguros con sede en Georgia, existen dos formas de adquirir un seguro de cuidados a largo plazo. Una persona puede adquirir una póliza de seguro de cuidados a largo plazo independiente de su proveedor de seguros preferido o puede adquirir una cobertura de cuidados a largo plazo como parte de un plan de seguro de vida.

Ambos planes requieren el pago de primas mientras la póliza esté vigente y el asegurado presenta una reclamación cada vez que necesita utilizar la cobertura. Y en ambos tipos de planes, el asegurado elige la cantidad de cobertura que desea, lo que a menudo afecta el costo de la prima del plan. La mayoría de las pólizas limitan la cantidad que pagarían en beneficios por día si el asegurado necesitara utilizar esos beneficios. También limitan la cantidad que la póliza puede pagar en beneficios durante la vida del asegurado.

¿Cómo funciona el seguro de cuidados a largo plazo?

Independientemente del tipo de plan que elija una persona, un proveedor de atención médica debe prescribir asistencia para cuidados a largo plazo para que una póliza de seguro de cuidados a largo plazo cubra su parte de los costos, dice Pate. Si la persona tiene una póliza independiente, es más probable que el proveedor de seguros pague

directamente a una agencia de atención domiciliaria o un centro de enfermería especializada en su nombre. Hay algunas pólizas independientes que pagarán directamente a la persona.

En la mayoría de las pólizas, el asegurado debe pagar los servicios de atención a largo plazo que necesita durante lo que se denomina un “período de eliminación”, que suele durar 30, 60 o 90 días. Después de este período, la aseguradora que ofrece la póliza de atención a largo plazo comienza a reembolsarle hasta el monto diario máximo previsto por su cobertura hasta que alcance la duración total de la póliza.

¿Qué cubre el seguro de cuidados a largo plazo?

Una póliza de cuidados a largo plazo ayuda a cubrir los costos de la atención de una persona cuando necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria debido a una condición médica crónica, una discapacidad o un trastorno. Para recibir beneficios de cuidados a largo plazo en la mayoría de las pólizas, un adulto mayor debe requerir ayuda en al menos dos áreas de las actividades de la vida diaria: bañarse, comer, vestirse, desplazarse por el baño y entrar y salir de una cama o silla. Un proveedor de atención médica también debe predecir que necesitará este nivel de ayuda durante más de 60 días.

si el plan de cuidados a largo plazo forma parte de una póliza de seguro de vida, el plan normalmente pagará el 2% del beneficio por fallecimiento para cubrir el costo mensual de los cuidados a largo plazo durante tres a cinco años. Por ejemplo, si alguien compró una póliza de seguro de vida de $100,000, recibiría hasta $2,000 por mes durante tres a cinco años para cubrir el costo de su atención. El monto podría aplicarse a la atención brindada en un centro de enfermería especializada, una comunidad de vida asistida o en su propio hogar. El asegurado también podría optar por usar el dinero como desee, lo que abre la posibilidad de pagarle a un miembro de la familia para que brinde atención.

Si bien $2,000 puede parecer generoso, la atención prolongada a largo plazo puede ser costosa. A nivel nacional, los centros de enfermería especializada cobran más de $90,000 por año por una habitación compartida, el costo medio de la vida asistida es de alrededor de $54,000 por año y el costo medio de un asistente de salud a domicilio a tiempo completo contratado a través de una agencia de atención médica a domicilio supera los $61,000 por año.

Algunos proveedores de seguros de atención a largo plazo niegan la cobertura a aquellas personas que padecen enfermedades y afecciones crónicas preexistentes. Sin embargo, estas personas no deberían dejar de buscar un seguro de atención a largo plazo, dice Pate, y agrega que probablemente pagarán más por un plan, pero la cobertura seguiría siendo beneficiosa si necesitan servicios de atención a largo plazo en el futuro.

¿Qué tan común es el seguro de atención a largo plazo?

El seguro de cuidados a largo plazo ha ganado popularidad desde su introducción en la década de 1980, debido a la probabilidad de necesitar niveles más altos de atención en algún momento de la vejez y a los crecientes costos de la atención. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. afirma que, en promedio, las mujeres

tienden a necesitar atención durante más tiempo (3,7 años) que los hombres (2,2 años), con un promedio combinado de tres años. Si bien el 30% de los adultos mayores no necesitarán ningún tipo de atención a largo plazo, se estima que el 20% tendrá necesidades de atención que se extenderán más allá de los cinco años.

Dicho esto, las pólizas de cuidados a largo plazo no se utilizan tan ampliamente como se podría esperar. En 2020, aproximadamente 7,5 millones de adultos estadounidenses tenían un seguro de cuidados a largo plazo, según la Asociación Estadounidense de Seguros de Cuidados a Largo Plazo [2]. Más específicamente, solo el 7 % de los adultos estadounidenses mayores de 50 años tienen una póliza de seguro de cuidados a largo plazo [3].

¿Cuánto cuesta el seguro de cuidados a largo plazo?

Las primas de las pólizas de seguro de atención a largo plazo varían según la edad y el estado de salud de la persona cuando solicita la cobertura, el género y el estado civil. El costo también depende de la cantidad de cobertura que la persona desea comprar y de la compañía que ofrece la póliza.

Las pólizas de cuidados a largo plazo suelen ser menos costosas cuanto más joven y saludable sea la persona en el momento de la contratación. Sin embargo, Pate afirma que la mayoría de las personas no piensan en contratar un seguro de cuidados a largo plazo hasta que cumplen 62 años. Una póliza de seguro de cuidados a largo plazo para una persona promedio de 62 años cuesta aproximadamente 300 dólares al mes, afirma.

Pros y contras del seguro de cuidados a largo plazo

Ventajas	Contras
• Si necesita cuidados a largo plazo, una póliza puede compensar una cantidad considerable de los costos asociados con esos cuidados, brindándole cierta protección para sus activos financieros a medida que envejece. • Algunos planes le permiten elegir dónde recibir su atención, lo que permite a los adultos mayores que desean permanecer en casa continuar envejeciendo en el lugar con asistencia contratada. • Dependiendo de su cobertura, si elige recibir atención en su hogar, puede optar por contratar y pagar a miembros de la familia por su ayuda en lugar de contratar a alguien de una agencia de salud a domicilio.	• Los costos de la prima de una póliza de seguro de atención a largo plazo pueden exceder el presupuesto mensual (o anual) de algunos adultos mayores. • Algunos planes solo pagan la atención a largo plazo brindada en un centro en lugar de incluir opciones en el hogar. • Algunos proveedores niegan cobertura a quienes tienen condiciones o enfermedades preexistentes. • Algunos planes tienen un período de eliminación durante el cual el asegurado sigue siendo responsable del costo total de su atención.

¿Qué es el seguro de visión?

El seguro de la vista ayuda a pagar exámenes de la vista, anteojos y lentes de contacto y puede ofrecer descuentos para otros tipos de servicios como la cirugía LASIK.

El seguro de la vista normalmente no forma parte del seguro médico, por lo que debe adquirir una cobertura de seguro de la vista por separado. Puede adquirir la cobertura directamente a las compañías de seguros o el seguro de la vista puede formar parte del paquete de beneficios de un empleador.

¿Qué cubre el seguro de visión?

El seguro de la vista generalmente cubre un examen ocular anual y puede ayudar a pagar anteojos una vez al año o cada dos años. A continuación, se incluye una lista de servicios y productos que suelen estar cubiertos por el seguro de la vista:

- Examen ocular anual
- Subsidio para gafas, ya sea anualmente o cada dos años
- Subsidio para lentes de contacto, generalmente anual

- Mejoras en las lentes, como revestimientos antirreflejos, de reducción de luz azul, resistentes a rayones y protección UV.
- Bifocales y trifocales
- Descuentos en anteojos y/o lentes de contacto sobre el monto de la póliza

¿Qué no cubre el seguro de visión?

El seguro de la vista no cubre las cirugías láser para corregir la visión, incluidas la queratectomía fotorrefractiva (PRK) y la LASIK. Esas cirugías se consideran cirugías electivas. Las pólizas de seguro de la vista suelen ofrecer descuentos en los centros participantes para esos servicios.

Qué buscar en un plan de seguro de la vista

Tenga en cuenta los siguientes factores al comparar planes de seguro de la vista y buscar la opción que mejor se adapte a sus necesidades.

Amplia cobertura

En lo que respecta al seguro de la vista, es más fácil obtener cobertura de un plan que se ofrece en todos los estados y que cuenta con una gran cantidad de médicos dentro de la red de proveedores. De hecho, es más conveniente y ayuda a evitar interrupciones en la cobertura si se muda o necesita atención mientras viaja.

Primas mensuales bajas

Los precios varían según el plan y los niveles de cobertura. Es importante tener en cuenta el presupuesto al buscar un nuevo plan de seguro de la vista y evitar los planes de la vista más costosos si no necesita un alto nivel de cobertura. Por ejemplo, es posible que no necesite una asignación generosa para marcos si no necesita anteojos, pero esa asignación puede ser una parte vital de un plan si tiene anteojos.

Cobertura total o parcial de los exámenes oculares anuales.

El seguro de la vista cubre los exámenes oculares anuales, pero no todas las compañías de seguros de la vista cubren estos exámenes por completo. Las pólizas de seguro de la vista también suelen exigir un copago por los exámenes oculares, pero nuestra investigación descubrió que EyeMed Healthy no tiene copago por los exámenes.

Subsidios para anteojos y lentes de contacto

Ya sea que necesite anteojos o lentes de contacto ahora o en el futuro, comprenda las asignaciones que ofrece su plan de seguro de la vista para estos gastos. El seguro de la vista cubre los marcos para anteojos y lentes de contacto hasta una cantidad específica en dólares, como $150 o $200. Un plan puede exigir que solo reciba una asignación por año y que tenga que elegir entre lentes de contacto y marcos. Si excede la cantidad, la póliza puede ofrecer un descuento en el resto de los costos.

Facilidad de acceso

La accesibilidad es importante a la hora de investigar e inscribirse en un plan de seguro de la vista, así como cuando necesita presentar una reclamación o comunicarse con un

representante de atención al cliente. Leer reseñas puede darle una idea útil de la capacidad de respuesta de la compañía de seguros de la vista que está considerando en momentos de necesidad, no solo cuando intenta inscribirse para obtener una cobertura.

Lo que debes saber sobre tu seguro si tienes cáncer

Si tiene cáncer, es importante comprender el Resumen de Beneficios del Plan (SPB) de su seguro médico para comprender los servicios cubiertos y excluidos.

Muchas compañías de seguros exigen una autorización previa para los servicios oncológicos. A continuación, se indican algunos aspectos que conviene comprobar en su cobertura de seguro:

- Pruebas de cáncer, como exploraciones PET/CT, análisis de sangre, gammagrafías óseas y otros procedimientos.
- Atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios que incluye exámenes, pruebas y tratamiento.
- Terapias contra el cáncer (como quimioterapia, radiación o infusión ambulatoria) y ensayos clínicos.
- La cobertura de pruebas de rutina para detección de cáncer o pruebas de diagnóstico puede ser diferente dependiendo de si se consideran “de rutina” o “diagnósticas”.
- Pruebas o exámenes genéticos para verificar su riesgo de cáncer o encontrar el mejor tratamiento.
- Equipo médico como un bastón, un andador, una cama de hospital o suministros para linfedema (también llamado equipo médico duradero o DME).
- Suministros médicos desechables, como guantes, agujas, soluciones salinas o kits de apósitos. Los planes de seguro médico pueden tener una cobertura diferente para los suministros desechables que para los equipos médicos duraderos.
- Las pelucas pueden estar cubiertas si su médico le prescribe una “prótesis craneal o capilar”.
- Suministros nutricionales como suplementos nutricionales o suministros de alimentación.

¿Qué es el seguro de enfermedades graves?

El seguro de enfermedades graves es una forma de seguro médico complementario que brinda cobertura para los gastos que su plan de salud no cubre. El objetivo del seguro de enfermedades graves es brindar una red de seguridad monetaria en caso de un diagnóstico médico que pueda derivar en tratamientos costosos u otras dificultades financieras.

Generalmente, puede obtener un seguro contra enfermedades graves a través de un programa de beneficios para empleados en el trabajo o comprando una póliza individual por su cuenta.

¿Cómo funciona el seguro de enfermedades graves?

El seguro de enfermedades graves entra en vigencia después de que se le haya diagnosticado una enfermedad grave que esté cubierta por la póliza, como el cáncer. Por lo general, recibirá una suma global, como $25,000 o $50,000, cuando se le diagnostique una enfermedad grave.

Puedes utilizar el dinero para cualquier propósito, por ejemplo:

- Ayudamos a pagar su atención médica.
- Pagar el deducible o copagos de su seguro médico .
- Reduciendo su hipoteca.
- Pagar el cuidado de los niños.
- Pagar los gastos de manutención.

El seguro complementario contra enfermedades graves funciona de manera diferente a un plan de seguro médico tradicional . Su plan de seguro médico habitual cubre los costos de su atención médica. Si le diagnostican una enfermedad grave, también puede presentar una reclamación ante su compañía de seguros contra enfermedades graves. Su compañía de seguros contra enfermedades graves le ofrece un pago único hasta el límite de cobertura de su póliza.

El seguro de enfermedades graves puede ser una buena inversión para las personas que tienen un plan de salud con deducible alto y costos elevados de seguro médico de bolsillo. O bien, si tiene antecedentes familiares de ciertas afecciones de salud, como cáncer o enfermedad cardíaca, el seguro de enfermedades graves puede brindarle tranquilidad financiera de que recibirá ayuda financiera si se le diagnostica la afección.

Dado que el seguro de enfermedades graves ofrece cobertura para una amplia gama de condiciones, también puede ser beneficioso para las personas que no tienen un fondo de emergencia o están preocupadas por las consecuencias financieras de un diagnóstico médico inesperado.

¿Qué cubre el seguro de enfermedades graves?

El seguro de enfermedades graves ofrece beneficios si se le diagnostica una afección médica que cumpla con los requisitos. Las enfermedades cubiertas por una póliza varían según su plan.

A continuación se enumeran algunas de las enfermedades críticas que suelen estar cubiertas por este tipo de seguro:

- Cáncer, aunque puede limitarse a un diagnóstico potencialmente mortal.
- Insuficiencia renal terminal.
- Infarto de miocardio.
- Trasplante de órgano mayor.
- Esclerosis múltiple.

- Enfermedad de Parkinson.
- Ataque.

Asegúrese de investigar la cobertura de una póliza. Las pólizas de seguro contra enfermedades graves pueden variar. Por ejemplo, algunos planes cubren la esclerosis lateral amiotrófica (ELA o enfermedad de Lou Gehrig) y la pérdida de audición, mientras que otras pólizas no cubren esos problemas de salud.

¿El seguro de enfermedades graves cubre condiciones preexistentes?

La mayoría de los planes de enfermedades graves no cubren condiciones preexistentes que se diagnosticaron antes de comprar la póliza.

Por ejemplo, su plan de enfermedades graves puede no brindarle beneficios si le diagnosticaron enfermedad de la arteria coronaria antes de obtener un seguro de enfermedades graves y luego necesitó una cirugía de bypass.

¿Qué no cubre el seguro de enfermedades graves?

Revise su póliza para ver si hay exclusiones específicas, pero una póliza de seguro contra enfermedades graves generalmente no cubrirá:

- Asma.
- Diabetes.
- Lesiones sufridas en un acto ilegal.
- Lesiones sufridas por abuso de sustancias.
- Heridas sufridas en la guerra.
- Condiciones preexistentes, aunque una póliza de seguro de enfermedades graves puede cubrir la condición después de un cierto período de tiempo, como un año después de la compra.
- Lesiones autoinfligidas.

Ventajas del seguro de enfermedades graves

- **Proporciona ayuda financiera si se enferma:** un plan de seguro contra enfermedades graves puede ofrecer protección financiera para su familia. Este tipo de seguro también puede mantenerlo financieramente estable mientras paga el tratamiento.
- **Los beneficios se pueden utilizar para cualquier cosa:** el pago de un plan de seguro de enfermedades graves se le otorga directamente a usted y se puede utilizar para cualquier propósito, no solo para gastos médicos. Si necesita pagar el cuidado de los niños o ponerse al día con los pagos de la hipoteca, por ejemplo, los ingresos pueden cubrir esos gastos.
- **Primas asequibles:** la mayoría de los planes de seguro de enfermedades graves son relativamente asequibles, especialmente en comparación con el costo del seguro médico . La compra de un plan puede complementar su seguro médico actual sin aumentar significativamente la prima mensual total del seguro médico .

Desventajas del seguro de enfermedades graves

- **Límites de cobertura bajos:** los planes de seguro de enfermedades graves generalmente ofrecen beneficios bajos. Por ejemplo, muchas compañías ofrecen límites de cobertura máximos de $50,000. Dependiendo de su situación financiera y del costo del tratamiento, es posible que esto no cubra la mayoría de sus gastos.
- **No cubre enfermedades preexistentes:** si tiene enfermedades preexistentes, su póliza de seguro de enfermedades graves probablemente no las cubra. Muchos planes también excluyen la cobertura de enfermedades graves nuevas que surjan de diagnósticos previos.
- **Las primas aumentan con la edad:** el costo del seguro contra enfermedades graves suele aumentar a medida que envejecemos. Algunas pólizas le permiten fijar una tarifa más baja mientras es más joven, mientras que otras aumentan las tarifas a medida que envejecemos. Si va a comprar una póliza, consulte con la aseguradora si los costos aumentarán o si está fijado en esa tarifa durante la vigencia de la póliza.

¿Cuánto cuesta el seguro contra enfermedades graves?

El costo del seguro contra enfermedades graves depende en gran medida del monto de la cobertura, así como de su salud, edad, sexo, uso de nicotina y cómo obtiene la cobertura, como a través de un empleador o un plan individual que compra usted mismo.

Por ejemplo, una persona de 30 años que no fuma puede tener derecho a una póliza de seguro de enfermedad grave patrocinada por el empleador por $1,64 al mes por cada $5000 de cobertura de Protective. Eso significaría que pagaría aproximadamente $8 al mes por una cobertura de $25 000. Esa misma póliza de $25 000 puede costarle $12 al mes para una persona de 40 años y $19 para una persona de 50 años.

En la mayoría de los casos, puede esperar pagar tarifas más bajas por un seguro de enfermedades graves individual si es joven y saludable, y no tiene condiciones preexistentes.

Alternativas al seguro de enfermedades graves

Si no está seguro de si el seguro contra enfermedades graves es adecuado para usted, existen alternativas que pueden brindarle protección financiera después de un diagnóstico médico.

A continuación se presentan algunas otras pólizas de seguro médico secundario que podría considerar:

- **Seguro por discapacidad:** si queda discapacitado y no puede trabajar, el seguro por discapacidad le permite reemplazar sus ingresos durante ese período. Las aseguradoras pueden vender seguros por discapacidad a corto y largo plazo, que ofrecen beneficios por períodos de tiempo variables.
- **Seguro de indemnización hospitalaria:** El seguro de indemnización por hospitalización ofrece beneficios monetarios si está hospitalizado más allá de su plan de seguro médico. Según la póliza, el seguro de indemnización por hospitalización

puede ofrecer un beneficio fijo para toda la estadía en el hospital o puede brindar cobertura por cada día que permanezca en el hospital.

- **Seguro contra accidentes:** el seguro contra accidentes ofrece un pago único si sufre lesiones en un accidente, como una fractura o una quemadura grave. El dinero se puede utilizar para gastos médicos o no médicos.
- **Cuenta de gastos flexibles (FSA):** una cuenta de gastos flexibles es, en esencia, una cuenta de ahorros que se puede utilizar para cubrir gastos médicos de bolsillo, incluidos copagos y coseguros. Las FSA también son beneficiosas porque no se pagan impuestos sobre las contribuciones. Una desventaja de una FSA es que, por lo general, no se pueden transferir fondos al año siguiente a menos que el empleador lo permita.
- **Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** una HSA es otra forma de ahorrar dinero para pagar los costos futuros de atención médica, pero esas cuentas de ahorro están vinculadas únicamente a los planes de salud con deducible alto (HDHP) . A diferencia de las FSA, una HSA también le permite transferir fondos al año siguiente y puede llevarlos consigo cuando cambie de trabajo.

¿Qué significa cláusula de seguro?

La cláusula de seguro es una parte integral de cualquier contrato de seguro y todos los asegurados deben prestarle mucha atención. La cláusula de seguro es la sección de una póliza de seguro que describe los riesgos que asume la aseguradora. En otras palabras, esta cláusula detalla exactamente los riesgos que la aseguradora debe pagar y define el alcance de la cobertura.

Aunque se denomina cláusula de seguro, en realidad es más probable que se trate de un conjunto de cláusulas para todos los diferentes riesgos, pérdidas y coberturas adicionales que una aseguradora le ofrece en la póliza de seguro. Por ejemplo, en una póliza de seguro de vivienda típica, las cláusulas de seguro pueden indicar que tiene cobertura para:

- Edificio de vivienda.
- Estructuras privadas independientes.
- Propiedad personal.
- Responsabilidad de terceros.
- Los costos de defensa y el derecho y deber de la aseguradora (de defenderlo de reclamos de responsabilidad)

Cuando reciba una copia de los términos de su póliza de su compañía de seguros, debe asegurarse de comprender las cláusulas de seguro para comprender qué está cubierto y qué no está cubierto por su póliza y por cuánto.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los términos incluidos en este documento, debe comunicarse con su proveedor de seguros para obtener una aclaración. Lo último que desea es descubrir que no tiene cobertura para algo cuando presenta una reclamación porque, para entonces, ya es demasiado tarde.

Insuranceopedia explica la cláusula de seguro

Las cláusulas de seguro son uno de los componentes más importantes de un contrato de seguro y constituyen su base. En ellas se describen las principales garantías y protecciones que ofrece la compañía de seguros y se indica qué cubre. Por eso es tan importante que comprenda esta parte de la póliza y que se comunique con su proveedor de seguros para obtener más claridad si hay alguna área sobre la que no esté seguro.

En otras palabras, esta cláusula describe el papel que la compañía de seguros ha acordado desempeñar como parte del contrato. Algunos ejemplos incluyen pagar ciertas pérdidas derivadas de los riesgos asegurados, brindar ciertos servicios acordados, brindar defensa en una demanda sujeta a ciertas condiciones y otros acuerdos que forman parte de las protecciones de la póliza de seguro que usted está pagando.

Por ejemplo, en una póliza de seguro de vida, la cláusula de seguro establece el propósito principal de pagar una cantidad específica en beneficio por muerte al beneficiario designado después de la muerte del asegurado.

En este contexto, incluiría el nombre de la aseguradora, el valor nominal a pagar y el nombre del asegurado. En pólizas más complejas, la sección de cláusulas de seguro también podría incluir información sobre las causas de muerte que se aceptan y las limitaciones (si las hubiera) que podrían aplicarse en diferentes escenarios.

Exención de prima en seguros: todo lo que debes saber

Una cláusula de exención de prima es una cláusula de la póliza de seguro de vida que elimina la necesidad de pagar primas si el asegurado se enferma gravemente o queda incapacitado. Su salud y su edad pueden afectar su elegibilidad.

Agregar una cláusula de exención de prima a su póliza de seguro de vida lo protege contra una interrupción en la cobertura si no puede pagar sus primas debido a una discapacidad. La definición de discapacidad que activa el beneficio de exención de prima varía según la aseguradora, por lo que es importante revisar la letra pequeña.

Dependiendo del proveedor de seguros, esta cláusula adicional puede incluirse de forma gratuita en la póliza. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el asegurado tendrá que añadir una exención de prima como cláusula adicional con un coste adicional.

Al agregar esta disposición, tenga en cuenta que el período de espera para una exención de prima también puede diferir entre aseguradoras, lo que afecta el momento en que el beneficio entra en vigencia.

Puntos clave

Una exención de prima es un tipo de cláusula adicional de la póliza de seguro de vida que le permite renunciar al pago de la prima si desarrolla una discapacidad calificada.

Si bien algunas compañías ofrecen una exención de prima de forma gratuita como cláusula en una póliza de seguro de vida, otras la consideran un complemento que puede aumentar sus primas.

Los proveedores de seguros tienen distintos requisitos de calificación, condiciones y definiciones de discapacidad. Las personas con afecciones preexistentes por lo general no son elegibles para una exención del beneficio de la prima.

Descripción general del beneficio de exención de prima en seguros de vida

La cláusula de exención de pago de primas le permite liberarse del pago de primas si cumple con ciertas condiciones. Por ejemplo, si queda discapacitado o enfermo, la compañía de seguros puede permitirle dejar de realizar pagos de primas y mantener su cobertura.

Cada compañía tiene sus propias reglas para contratar una cláusula de exención de prima en el seguro de vida. Por lo general, la cláusula de exención de prima está incluida en la póliza base o debe adquirirse como cláusula adicional.

Obtener una exención de prima como complemento puede hacer que sus tarifas sean más caras.

Condonación de Prima en Seguros de Vida: Mecanismos

La exención de prima puede ser una característica vital en las pólizas de seguro de vida, ya que brinda alivio financiero en caso de discapacidad o enfermedad grave. Permite a los asegurados mantener su cobertura sin tensión financiera mientras no pueden trabajar. Comprender la mecánica de esta cláusula es esencial para cualquier persona que esté considerando sus beneficios como parte de su plan de seguro de vida.

Activación y período de espera

Una cláusula de exención de prima permite que un asegurado renuncie a los pagos de primas si está completamente incapacitado, según lo determine la aseguradora. Sin embargo, esta cláusula no se activa inmediatamente después de que se informa una incapacidad o enfermedad. Incluso después de que el proveedor de seguros considere que usted está completamente incapacitado, generalmente hay un período de espera para una cláusula de exención de prima. Durante este tiempo, debe continuar pagando las primas. Si se aprueba su reclamo, muchas aseguradoras reembolsarán las primas pagadas durante este período.

Continuación de los beneficios de la póliza

Una cláusula de exención de prima en una póliza de seguro de vida le permite garantizar que los beneficios de su póliza continúen como si nunca hubiera omitido un pago. Si tiene un seguro de vida entera o un seguro de vida variable, este seguirá acumulando valor en efectivo y dividendos, si corresponde.

Particularidades de la incapacidad total

La definición de incapacidad total puede variar entre las aseguradoras. Algunas pueden definirla como la incapacidad para realizar su trabajo habitual, mientras que otras

pueden exigir que no pueda realizar ningún trabajo. Comprender esta definición es fundamental al considerar la exención de la prima .

Elegir una póliza de seguro de vida con una cláusula de exención de prima puede afectar significativamente su seguridad financiera ante eventos inesperados en la vida. Es recomendable revisar cuidadosamente los términos asociados con esta cláusula y discutirlos con su asesor de seguros para asegurarse de comprender completamente sus disposiciones y poder aprovecharlas.

Condonación de Prima en Seguros de Vida: Costo

El costo de agregar una cláusula de exención de prima a su póliza de seguro de vida puede variar ampliamente según factores como la edad, la ocupación, la salud y el tipo de póliza. Por ejemplo, una persona joven y saludable que trabaja en una ocupación de bajo riesgo puede considerar que el costo de esta cláusula es relativamente mínimo. Por el contrario, alguien que tiene un trabajo de alto riesgo o que tiene problemas de salud preexistentes puede enfrentar un gasto mayor.

Aunque una exención de la prima puede parecer un gasto adicional al principio, la protección que ofrece puede ser inestimable para ciertos asegurados. Por ejemplo, un único sustentador de familia cuya familia depende de sus ingresos puede considerar que esta es una buena incorporación a su cobertura. Si una enfermedad o un accidente inesperados le impiden trabajar, pagar las primas del seguro de vida puede convertirse en una carga económica. Tener una exención de la prima por discapacidad puede ser un salvavidas financiero, ya que garantiza que la póliza de seguro de vida continúe sin necesidad de pagar primas durante el período de discapacidad.

CONSEJO DEL EXPERTO

Al comprar una póliza de seguro de vida , asegúrese de leer la letra pequeña. No todas las pólizas tienen una cláusula de exención de prima. La mayoría de los proveedores de seguros tampoco ofrecen este beneficio a personas mayores de 65 años. Si es una persona mayor, es probable que no sea elegible.

Beneficios de una cláusula de exención de prima

Una cláusula de exención de prima en un seguro de vida puede servir como red de seguridad financiera para ayudarlo en un momento de necesidad. Sin embargo, puede que no sea una opción adecuada para todos. Comprender los beneficios únicos de esta disposición puede ayudarlo a determinar si es adecuada para usted.

Ofrece protección financiera

Si se enferma o se lesiona gravemente, puede quedar incapacitado para trabajar. Una cláusula de exención de prima le permitirá dejar de realizar pagos por su póliza de seguro de vida. En su lugar, esta cláusula cubrirá las primas.

Previene una falla en la cobertura

La incapacidad de realizar los pagos de primas puede hacer que su cobertura de seguro de vida caduque . Una cláusula de exención de primas puede evitar que eso suceda, ya que exime sus pagos futuros hasta que se recupere.

No se limita a un solo uso

El uso de una exención de prima en un seguro de vida no se limita a un solo incidente. Puede utilizarla varias veces siempre que cumpla con los requisitos. Esto resulta especialmente útil si su discapacidad o enfermedad se repite.

Ayuda a reducir el estrés.

Una enfermedad o discapacidad no solo lo afecta físicamente, sino también mentalmente. Preocuparse por sus finanzas y el pago de primas puede aumentar su estrés. Con una exención del beneficio de prima, no tiene que pensar en cómo pagar su póliza mientras se recupera.

Posibles desventajas de una exención de prima

Si bien la exención de la prima adicional brinda una valiosa protección financiera, también conlleva posibles desventajas. Comprenderlas puede ayudarlo a tomar una decisión informada que se ajuste a sus necesidades y circunstancias particulares.

Hay un costo adicional

Añadir una cláusula de exención de prima no es gratis y puede aumentar el coste total de la póliza. Compare esto con los beneficios que ofrece.

Puede haber un período de espera

Muchas pólizas incluyen un período de espera para la exención de la prima. También conocido como período de eliminación, este tiempo depende del proveedor de seguros. En la mayoría de los casos, es de alrededor de seis meses. Esta demora puede ser un desafío si no puede trabajar durante este tiempo.

Las calificaciones pueden variar

Las definiciones de discapacidades o enfermedades calificadas pueden variar, y algunas exenciones de primas podrían no cubrir discapacidades parciales, lo que limita la protección.

Puede haber límites de duración.

Algunos seguros adicionales solo eximen las primas hasta una determinada edad, como 60 o 65 años, lo que potencialmente le dejará con gastos de bolsillo después.

Es posible que necesite someterse a exámenes médicos.

Las compañías de seguros pueden exigir a los asegurados con una exención de prima que se realicen exámenes médicos periódicos para continuar recibiendo los beneficios.

Factores a tener en cuenta al agregar una cláusula de exención de prima a una póliza

Es recomendable tener en cuenta algunos factores antes de añadir una cláusula de exención de prima a su póliza de seguro de vida. Obtenga información de su proveedor de seguros porque las condiciones, las normas y los requisitos varían según la aseguradora. Leer la letra pequeña puede ayudarle a entender mejor cómo funciona este beneficio.

Factor	Descripción
Cualificaciones	Los requisitos de elegibilidad para una exención de prima varían según la compañía de seguros, por lo que es recomendable aclararlos con el proveedor lo antes posible. Por lo general, el asegurado debe tener menos de 60 o 65 años y no debe tener ninguna discapacidad o enfermedad preexistente. La aseguradora también puede tener en cuenta la salud general, el estilo de vida y la ocupación. Algunas disposiciones sólo pueden activarse si la discapacidad le impide trabajar durante un mínimo de seis meses.
Período de espera	En la mayoría de los casos, la exención de la prima por discapacidad solo entra en vigor una vez transcurrido el período de espera, que puede durar desde unos meses hasta un año (normalmente seis meses).
Duración	La exención de la prima entra en vigor después del período de espera y dura hasta que el asegurado se recupere de la discapacidad. En algunos casos, la duración puede ser hasta una edad específica. El contrato de póliza incluirá los detalles. Una vez transcurrido el período de exención, el asegurado tendrá que pagar nuevamente las primas.
Fecha de expiración	La exención de prima en el seguro de vida puede expirar según los términos y condiciones estipulados en el contrato de la póliza. Por lo general, el límite de edad es de 60 o 65 años. Después de esta edad, es probable que el asegurado ya no califique para la exención de prima.
Costo	Agregar cláusulas adicionales, como una exención de la prima, puede agregar un costo adicional a la tarifa de su seguro de vida . El monto depende de la aseguradora y de factores individuales como su edad y salud. Por lo general, esto representa hasta el 25 % del costo de su póliza.

INTERPRETACIONES DE LAS DISCAPACIDADES CALIFICABLES

Una exención de prima entra en vigor cuando el asegurado sufre una discapacidad. Sin embargo, no todos los tipos de discapacidad pueden calificar y las compañías de seguros interpretan la discapacidad de diversas maneras.

A continuación se presentan algunas interpretaciones comunes de lo que puede considerarse una discapacidad calificada:

- Una lesión o enfermedad causó la discapacidad.
- La discapacidad provoca pérdida de movilidad, como la pérdida de una extremidad.
- La discapacidad provoca pérdida sensorial, como pérdida auditiva o ceguera.
- Una lesión o enfermedad impide al asegurado desempeñar la ocupación para la que está calificado a través de su educación, experiencia o capacitación.

Razones para agregar una cláusula de exención de prima a una póliza de seguro de vida

Aunque una exención de prima ofrece múltiples beneficios, no siempre es la mejor opción. Puede ser adecuada para personas con una sola fuente de ingresos, que tienen profesiones o pasatiempos de alto riesgo o que tienen antecedentes familiares de enfermedades graves.

Sólo tienes una fuente de ingresos

Una discapacidad puede impedirle trabajar, lo que significa que puede sufrir una pérdida temporal de ingresos. Si solo tiene una fuente de ingresos, puede ser conveniente obtener una exención de la prima adicional, ya que reduce las posibles cargas financieras que podría tener que afrontar si queda discapacitado.

Tienes una profesión de alto riesgo

Algunos trabajos conllevan riesgos inherentes. Si existe una alta probabilidad de que se lesione en el trabajo, considere buscar una póliza con una cláusula de exención de prima.

Algunos ejemplos de profesiones de alto riesgo incluyen las siguientes:

- Bomberos
- Oficiales de policía
- Pilotos
- Trabajadores de la construcción
- Empleados de la empresa de mudanzas
- Conductores de autobuses y camiones
- Técnicos en emergencias médicas
- Enfermeras

Tienes pasatiempos arriesgados

Ciertas aficiones y actividades pueden aumentar el riesgo de sufrir lesiones graves que provoquen discapacidad. La exención del pago de la prima proporciona una red de seguridad financiera en caso de que ocurran incidentes inesperados.

Corre el riesgo de contraer una enfermedad grave según sus antecedentes familiares.

Si cree que corre el riesgo de contraer una enfermedad en función de sus antecedentes familiares, solicitar una exención del pago de la prima puede ser una decisión inteligente. Puede ser una forma de prepararse para circunstancias desafortunadas en caso de que usted también sufra una afección similar y acabe con una discapacidad.

CONSEJO DEL EXPERTO

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informaron que alrededor del 27 % de los estadounidenses tienen algún tipo de discapacidad. Si bien la vida puede ser impredecible y no hay una forma segura de saber si una persona eventualmente tendrá una discapacidad, ciertos estilos de vida pueden aumentar el riesgo. Si sabe que tiene factores de riesgo específicos, podría valer la pena obtener una exención de la prima.

Cómo presentar una reclamación de exención de prima

Si está interesado en obtener una cláusula de exención de prima, debe agregarla a su póliza cuando compre su seguro de vida . Los siguientes pasos lo guiarán a través del proceso de presentación de una reclamación de exención de prima si tiene una discapacidad cubierta.

Obtenga un certificado médico de su médico

Los requisitos para presentar una solicitud de exención de prima dependen del proveedor de seguros. Por lo general, incluye la presentación de un certificado médico (no se puede decir que se tiene una discapacidad sin pruebas).

Tu proveedor de seguros determinará entonces si reúnes los requisitos para presentar una reclamación. Asegúrate de que el certificado proporcione detalles sobre tu condición y que esta te impida trabajar.

Obtenga un aviso de la Administración del Seguro Social (SSA)

En algunos casos, el proveedor de seguros puede exigir pruebas adicionales solicitando una copia de un aviso de la SSA. Este documento puede confirmar una discapacidad o impedimento físico. También verificará su incapacidad para trabajar debido a su discapacidad.

Puede encontrar la oficina del SSA más cercana utilizando el localizador de oficinas de campo de la agencia .

Contacte con su aseguradora y presente su reclamación

Informe a su proveedor de seguros sobre su plan para presentar una reclamación. Pregúnteles si existen requisitos adicionales. Es posible que le pidan que complete un formulario de reclamación o que proporcione información adicional.

Dependiendo de la compañía, es posible que pueda presentar un reclamo en línea o por correo o fax.

El proceso de presentación de una reclamación de exención de prima requiere prestar atención a los detalles y cumplir con los procedimientos específicos de su aseguradora. Si sigue estos pasos y se asegura de que toda la documentación esté completa y sea precisa, podrá facilitar la aprobación de su reclamación, lo que le permitirá centrarse en su salud sin la carga financiera de los pagos de primas.

Preguntas frecuentes sobre la exención de prima en seguros

¿Qué es una exención de seguro?

Una exención de seguro es un documento o disposición que permite a una persona optar por no recibir la cobertura de seguro requerida o la exime de ciertas condiciones dentro de una póliza de seguro.

¿Qué es una cláusula de exención de prima en el seguro de vida?

Una exención de prima puede ser una cláusula o anexo que permite al asegurado renunciar a sus pagos de prima en caso de una discapacidad o enfermedad calificada.

¿Qué es una exención por discapacidad?

Una exención por discapacidad, también conocida como cláusula adicional de exención de prima por discapacidad, es un tipo específico de exención de prima. En general, el término "exención de prima" se aplica en sentido amplio a cualquier condición en virtud de la cual la compañía de seguros permite el cese de los pagos de primas mientras continúa la cobertura. La "cláusula adicional de exención de prima por discapacidad" se refiere específicamente a la condición relacionada con la discapacidad del asegurado.

¿Cuál es el nivel de discapacidad requerido para activar una disposición de exención de prima?

La definición de discapacidad calificada varía según la aseguradora. Recomendamos consultar con la compañía de seguros para obtener más información.

¿Cuál es el período de espera para una exención de prima en las pólizas de seguro de vida?

Por lo general, el período de espera para la exención de la prima dura alrededor de seis meses, pero puede variar desde unos pocos meses hasta un año, dependiendo de la póliza de la aseguradora.

¿Cómo presentar un reclamo de exención de prima?

El proceso de reclamo para obtener una exención de la prima puede variar según la aseguradora. Por lo general, incluye la presentación de una declaración médica de un médico, un aviso de la SSA y un formulario de reclamo completo.

¿Qué tipo de cláusula adicional de seguro de vida eximirá la prima?

Una exención de pago de prima o una exención de pago de prima por discapacidad está diseñada para eximir el pago de primas de una póliza de seguro de vida en caso de una discapacidad calificada.

¿Cuándo entra en vigor la exención de prima de una póliza de seguro de vida?

Una exención de prima en un seguro de vida generalmente entra en vigencia después del período de espera especificado, siempre que el titular de la póliza cumpla con los criterios de discapacidad calificados según lo define la aseguradora.

¿Qué es un beneficio adicional del pagador?

Una cláusula o cláusula adicional de beneficio del pagador, también conocida como cláusula adicional de exención para menores, es un complemento a una póliza de seguro de vida que exime el pago de primas si el pagador de la póliza, generalmente un padre o tutor, fallece o queda discapacitado. Esto garantiza que la póliza permanezca activa para el beneficiario.

¿Qué disposición no incluye la exención de prima?

La exención de prima del seguro de vida no incluye la cobertura de discapacidades o enfermedades a corto plazo que no cumplan con la definición de discapacidad total de la aseguradora, según se especifica en los términos de la póliza.

¿Qué son las exclusiones del seguro de vida?

En Bankrate nos esforzamos por ayudarle a tomar decisiones financieras más inteligentes. Si bien respetamos estrictamente la integridad editorial, esta publicación puede contener referencias a productos de nuestros socios. A continuación, se incluye una explicación de cómo ganamos dinero. Este contenido está respaldado por HomeInsurance.com (NPN: 8781838). Para obtener más información, consulte nuestra Declaración de seguros.

A medida que envejece, tener una póliza de seguro de vida vigente puede permitirle dejar dinero a sus seres queridos si usted fallece. Sin embargo, no todos saben que existen ciertas exclusiones que pueden impedir que sus beneficiarios reclamen su beneficio por fallecimiento. Si tiene una póliza de seguro de vida , es importante saber cuáles son esas exclusiones para que sus seres queridos puedan evitar sorpresas después de su muerte.

Exclusiones comunes de las pólizas de seguro de vida

Una exclusión de seguro de vida es una situación o circunstancia que impide que sus beneficiarios reciban su beneficio por fallecimiento . Básicamente, significa que ciertas causas de muerte no están cubiertas por la póliza. Las exclusiones de seguro de vida están reguladas a nivel estatal , pero las compañías de seguros pueden decidir cuáles de esas exclusiones incluyen en sus pólizas. Las exclusiones se enumerarán en la póliza en el momento de la solicitud, por lo que el asegurado sabrá qué causas de muerte pueden no estar cubiertas por la póliza antes de aceptar una póliza.

La principal razón por la que las compañías de seguros de vida añaden exclusiones es para protegerse de riesgos, en concreto, de muertes prematuras, que pueden costarle a la compañía más dinero en forma de un beneficio por muerte prematura. Las exclusiones son una forma de que las aseguradoras reduzcan la probabilidad de pagar un beneficio por muerte en determinadas situaciones.

Quizás le sorprenda saber qué situaciones no están cubiertas por el seguro. Algunas exclusiones comunes del seguro de vida incluyen la muerte causada por:

- **Suicidio :** si el asegurado muere por suicidio dentro de un período de tiempo determinado después de haber adquirido su póliza, es probable que se aplique una exclusión por suicidio en el seguro de vida y los beneficiarios del asegurado no tengan derecho a recibir prestaciones por fallecimiento. En la mayoría de los casos, la cláusula de suicidio es por un período de dos años, pero esto se definirá en la póliza.
- **Actos de guerra:** si un asegurado muere como resultado de actividades de guerra, se le puede negar la cobertura.
- **Servicio militar:** Debido a que el servicio militar puede hacer que el asegurado represente un riesgo mayor para asegurar, esta exclusión puede estar presente en las pólizas.
- **Accidente de aviación:** aunque hoy en día es bastante raro, la muerte causada por accidentes de aviación es una exclusión común del seguro de vida.

James Miles, miembro consultor de la Sociedad de Actuarios, dice que prácticamente todas las aseguradoras de vida suelen incluir la misma exclusión absoluta en sus pólizas: una cláusula de suicidio.

“Dependiendo del estado, suele ser una cláusula de suicidio de dos años. Si mueres por suicidio dentro de los dos primeros años del contrato, el beneficiario recibiría las primas de vuelta, pero no el beneficio por muerte”, explica.

La cláusula de suicidio está vigente para evitar que las personas adquieran una póliza de seguro de vida cuando padecen trastornos de salud mental o están planeando suicidarse. La mayoría de las compañías de seguros de vida examinan a los solicitantes para detectar si padecen trastornos de salud mental, como depresión y ansiedad, antes de aprobarles la cobertura. Y, aunque es probable que pague una prima más alta si padece un trastorno de salud mental, lo más probable es que pueda obtener una póliza de seguro de vida.

En el caso del suicidio asistido por un médico, se aplica la misma regla. Si vive en un estado donde el suicidio asistido es legal, debe pasar el período de dos años antes de poder reclamar los beneficios por muerte.

Exclusiones de la póliza por muerte accidental

Algunas pólizas de seguro de vida, conocidas como pólizas de muerte accidental, solo brindan cobertura al asegurado si muere debido a un accidente. No se cubren las causas de muerte relacionadas con enfermedades, problemas médicos o afecciones crónicas. Estas pólizas definirán qué constituye un accidente y pueden incluir exclusiones por muerte por:

- **Actividad ilegal:** cuando alguien muere como resultado de una actividad ilegal, sus beneficiarios probablemente no puedan reclamar sus beneficios por fallecimiento. Esto incluye todo, desde transacciones de drogas que salieron mal hasta accidentes por conducir bajo los efectos del alcohol.

- **Actividad de riesgo:** cualquier muerte debida a actividades de riesgo, como el paracaidismo o la escalada en roca, generalmente se considera una exclusión.
- **Abuso de sustancias:** si la muerte de un asegurado es resultado del abuso de drogas o alcohol, es posible que quede excluido de su póliza.

También vale la pena señalar que los pasatiempos riesgosos, el abuso de sustancias y la tergiversación (proporcionar información falsa en su solicitud) podrían impedirle obtener cobertura en primer lugar o someterlo a una prima más alta.

Además, las pólizas de seguro de vida tienen un período de impugnación, en el que las compañías de seguros de vida pueden investigar su solicitud y rechazar reclamos. Este período suele ser de uno a dos años a partir de la fecha de vigencia de la póliza. Si usted aprueba durante el período de impugnación y la aseguradora determina que usted tergiversó su identidad o proporcionó información falsa a su compañía de seguros de vida, podría anular por completo su cobertura y no se le pagarán los beneficios por muerte.

¿Cómo sé si tengo exclusiones de seguro de vida en mi póliza?

Saber qué cubre su seguro de vida puede ser vital. Después de todo, algunos tipos de seguro de vida lo cubrirán durante toda su vida , lo que significa que también deberá pagar primas durante toda su vida. Por lo tanto, no comprender las exclusiones de su seguro de vida podría resultar un error costoso.

Una forma de obtener más información sobre las exclusiones de su póliza de seguro de vida es leer su contrato. Aunque puede ser denso, su contrato detallará con precisión qué está y qué no está cubierto por su póliza de seguro de vida. Sin embargo, el seguro de vida es complejo y los contratos pueden ser difíciles de descifrar. Teniendo esto en cuenta, puede ser una buena idea reunirse con su agente de seguros de vida para que pueda explicarle todo.

¿Las exclusiones del seguro de vida cambian con el tiempo?

A lo largo de los años, las compañías de seguros de vida han modificado su definición de conducta de riesgo en función de los cambios globales, económicos y sociales. Por ejemplo, algunas compañías de seguros de vida solían excluir la aviación privada de la lista de causas de muerte cubiertas. Sin embargo, a medida que los aviones privados se volvieron más seguros, muchas compañías de seguros de vida flexibilizaron las normas para la mayoría de los asegurados. En la actualidad, algunas compañías de seguros de vida ofrecen una cláusula adicional de aviación para los pilotos recreativos.

Es importante tener en cuenta que, si bien algunas circunstancias y estados de salud pueden no ser exclusiones de su póliza de seguro de vida, podrían ser factores de riesgo que pueden contribuir a una prima más alta. Además, cada compañía de seguros es diferente, por lo que es importante leer su contrato para comprender las limitaciones de su póliza.

Resumen de la regla de privacidad de HIPAA

Este es un resumen de los elementos clave de la Norma de Privacidad, que incluye quién está cubierto, qué información está protegida y cómo se puede usar y divulgar la

información médica protegida. Debido a que es una descripción general de la Norma de Privacidad, no aborda todos los detalles de cada disposición.

Resumen de la normativa de privacidad - PDF

Introducción

- Las *Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable* ("Norma de Privacidad") establecen, por primera vez, un conjunto de normas nacionales para la protección de cierta información de salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS") emitió la Norma de Privacidad para implementar el requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). [1] Las normas de la Norma de Privacidad abordan el uso y la divulgación de la información de salud de las personas, llamada "información de salud protegida", por parte de organizaciones sujetas a la Norma de Privacidad, llamadas "entidades cubiertas", así como las normas para los derechos de privacidad de las personas para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. Dentro del HHS, la Oficina de Derechos Civiles ("OCR") tiene la responsabilidad de implementar y hacer cumplir la Norma de Privacidad con respecto a las actividades de cumplimiento voluntario y las sanciones monetarias civiles.

Un objetivo principal de la Norma de Privacidad es asegurar que la información de salud de las personas esté protegida adecuadamente y al mismo tiempo permitir el flujo de información de salud necesario para proporcionar y promover una atención médica de alta calidad y proteger la salud y el bienestar del público. La regla establece un equilibrio que permite usos importantes de la información, al mismo tiempo que protege la privacidad de las personas que buscan atención y curación. Dado que el mercado de la atención médica es diverso, la regla está diseñada para ser flexible y completa para cubrir la variedad de usos y divulgaciones que deben abordarse.

Este es un resumen de los elementos clave de la Regla de privacidad y no una guía completa o exhaustiva para el cumplimiento. Las entidades reguladas por la regla están obligadas a cumplir con todos sus requisitos aplicables y no deben confiar en este resumen como fuente de información o asesoramiento legal. Para facilitar a las entidades la revisión de los requisitos completos de la regla, las disposiciones de la regla a las que se hace referencia en este resumen se citan en las notas finales. Visite nuestra sección Regla de privacidad para ver la regla completa y para obtener otra información útil adicional sobre cómo se aplica la regla. En caso de conflicto entre este resumen y la regla, prevalece la regla.

Antecedentes legales y reglamentarios

- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Ley Pública 104-191, se promulgó el 21 de agosto de 1996. Las secciones 261 a 264 de la HIPAA exigen que el Secretario del HHS publique normas para el intercambio electrónico, la privacidad y la seguridad de la información sanitaria. En conjunto, se las conoce como disposiciones *de simplificación administrativa* .

La HIPAA exigía que el Secretario emitiera normas de privacidad que regulen la

información sanitaria identificable individualmente, si el Congreso no promulgaba una legislación sobre privacidad dentro de los tres años posteriores a la aprobación de la HIPAA. Debido a que el Congreso no promulgó una legislación sobre privacidad, el HHS elaboró una norma propuesta y la publicó para comentarios públicos el 3 de noviembre de 1999. El Departamento recibió más de 52.000 comentarios públicos. La norma final, la Norma de Privacidad, se publicó el 28 de diciembre de 2000. [2]

En marzo de 2002, el Departamento propuso y publicó para comentarios públicos modificaciones a la Norma de Privacidad. El Departamento recibió más de 11.000 comentarios. Las modificaciones finales se publicaron en su forma definitiva el 14 de agosto de 2002. [3] Se puede encontrar un texto que combina la reglamentación final y las modificaciones en 45 CFR Parte 160 y Parte 164 , Subpartes A y E.

¿Quién está cubierto por la regla de privacidad?

La Regla de Privacidad, así como todas las reglas de Simplificación Administrativa, se aplican a los planes de salud, a los centros de intercambio de información sobre atención médica y a cualquier proveedor de atención médica que transmita información médica en formato electrónico en relación con transacciones para las cuales el Secretario del HHS ha adoptado estándares bajo la HIPAA (las "entidades cubiertas"). Para obtener ayuda para determinar si está cubierto, utilice la herramienta de decisión de CMS .

Planes de salud. Los planes individuales y grupales que brindan o pagan el costo de la atención médica son entidades cubiertas. [4] Los planes de salud incluyen aseguradoras de salud, dentales, de la vista y de medicamentos recetados, organizaciones de mantenimiento de la salud ("HMO"), Medicare, Medicaid, Medicare+Choice y aseguradoras complementarias de Medicare, y aseguradoras de atención a largo plazo (excluidas las pólizas de indemnización fija de hogares de ancianos). Los planes de salud también incluyen planes de salud grupales patrocinados por empleadores, planes de salud patrocinados por el gobierno y la iglesia, y planes de salud de múltiples empleadores. Hay excepciones: un plan de salud grupal con menos de 50 participantes que sea administrado únicamente por el empleador que estableció y mantiene el plan no es una entidad cubierta. Dos tipos de programas financiados por el gobierno no son planes de salud: (1) aquellos cuyo propósito principal no es brindar o pagar el costo de la atención médica, como el programa de cupones de alimentos; y (2) aquellos programas cuya actividad principal es brindar atención médica directamente, como un centro de salud comunitario, [5] o la concesión de subvenciones para financiar la prestación directa de atención médica. Ciertos tipos de entidades aseguradoras tampoco son planes de salud, incluidas las entidades que solo ofrecen compensación laboral, seguro de automóvil y seguro de daños materiales y personales. Si una entidad aseguradora tiene líneas de negocio separables, una de las cuales es un plan de salud, las regulaciones HIPAA se aplican a la entidad con respecto a la línea de negocio del plan de salud.

Proveedores de atención médica. Todo proveedor de atención médica, independientemente de su tamaño, que transmita electrónicamente información médica en relación con determinadas transacciones, es una entidad cubierta. Estas

transacciones incluyen reclamaciones, consultas sobre la elegibilidad de beneficios, solicitudes de autorización de derivación u otras transacciones para las que el HHS ha establecido estándares conforme a la Regla de Transacciones de HIPAA. [6] El uso de tecnología electrónica, como el correo electrónico, no significa que un proveedor de atención médica sea una entidad cubierta; la transmisión debe estar relacionada con una transacción estándar. La Regla de Privacidad cubre a un proveedor de atención médica, ya sea que transmita electrónicamente estas transacciones directamente o utilice un servicio de facturación u otro tercero para hacerlo en su nombre. Los proveedores de atención médica incluyen a todos los "proveedores de servicios" (por ejemplo, proveedores institucionales como hospitales) y "proveedores de servicios médicos o de salud" (por ejemplo, proveedores no institucionales como médicos, dentistas y otros profesionales) según lo define Medicare, y cualquier otra persona u organización que proporcione, facture o reciba pagos por atención médica.

Centros de intercambio de información sobre atención sanitaria. *Los centros de intercambio de información sobre atención médica* son entidades que procesan información no estandarizada que reciben de otra entidad para convertirla en información estándar (es decir, en un formato o contenido de datos estándar), o viceversa. [7] En la mayoría de los casos, los centros de intercambio de información sobre atención médica recibirán información de salud identificable individualmente solo cuando brinden estos servicios de procesamiento a un plan de salud o proveedor de atención médica como socio comercial. En tales casos, solo ciertas disposiciones de la Regla de Privacidad son aplicables a los usos y divulgaciones de información de salud protegida por parte del centro de intercambio de información sobre atención médica. [8] Los centros de intercambio de información sobre atención médica incluyen servicios de facturación, compañías de fijación de precios, sistemas de información de gestión de salud comunitaria y redes y conmutadores de valor agregado si estas entidades realizan funciones de centro de intercambio de información.

Socios comerciales

Definición de asociado comercial . En general, un asociado comercial es una persona u organización, distinta de un miembro de la fuerza laboral de una entidad cubierta, que realiza ciertas funciones o actividades en nombre de, o proporciona ciertos servicios a, una entidad cubierta que involucran el uso o la divulgación de información de salud individualmente identificable. Las funciones o actividades de un asociado comercial en nombre de una entidad cubierta incluyen el procesamiento de reclamos, el análisis de datos, la revisión de la utilización y la facturación. [9] Los servicios de un asociado comercial a una entidad cubierta se limitan a servicios legales, actuariales, contables, de consultoría, de agregación de datos, de gestión, administrativos, de acreditación o financieros. Sin embargo, las personas u organizaciones no se consideran asociados comerciales si sus funciones o servicios no involucran el uso o la divulgación de información de salud protegida, y donde cualquier acceso a la información de salud protegida por dichas personas sería incidental, si es que lo hubiera. Una entidad cubierta puede ser el asociado comercial de otra entidad cubierta.

Contrato de asociado comercial. Cuando una entidad cubierta utiliza un contratista u otro miembro que no sea miembro de la fuerza laboral para realizar servicios o

actividades *de "asociado comercial"* , la Norma exige que la entidad cubierta incluya ciertas protecciones para la información en un contrato de asociado comercial (en determinadas circunstancias, las entidades gubernamentales pueden utilizar medios alternativos para lograr las mismas protecciones). En el contrato de asociado comercial, una entidad cubierta debe imponer salvaguardas escritas específicas sobre la información de salud individualmente identificable utilizada o divulgada por sus asociados comerciales. [10] Además, una entidad cubierta no puede autorizar contractualmente a su asociado comercial a hacer cualquier uso o divulgación de información de salud protegida que viole la Norma. Las entidades cubiertas que tenían un contrato o acuerdo escrito vigente con asociados comerciales antes del 15 de octubre de 2002, que no se renovó ni modificó antes del 14 de abril de 2003, pudieron continuar operando bajo ese contrato hasta que renovaran el contrato o el 14 de abril de 2004, lo que ocurriera primero. [11] Consulte la guía adicional sobre Asociados comerciales y el lenguaje de muestra del contrato de asociado comercial.

¿Qué información está protegida?

Información de salud protegida. La regla de privacidad protege toda *"información de salud individualmente identificable"* que una entidad cubierta o su socio comercial tenga o transmita, en cualquier forma o medio, ya sea electrónico, en papel u oral. La regla de privacidad denomina a esta información "información de salud protegida (PHI)". [12]

La "información de salud individualmente identificable" es información, incluidos datos demográficos, que se relaciona con:

- la salud o condición física o mental pasada, presente o futura del individuo,
- la prestación de servicios de atención sanitaria al individuo, o
- el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica al individuo,

y que identifica al individuo o para el cual existe una base razonable para creer que puede usarse para identificar al individuo. [13] La información de salud individualmente identificable incluye muchos identificadores comunes (por ejemplo, nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social).

La Regla de Privacidad excluye de la información de salud protegida los registros de empleo que una entidad cubierta mantiene en su calidad de empleador y los registros educativos y ciertos otros registros sujetos a, o definidos en, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC §1232g.

Información de salud anónima. No existen restricciones sobre el uso o la divulgación de información de salud anónima. [14] La información de salud anónima no identifica ni proporciona una base razonable para identificar a una persona. Hay dos maneras de anonimizar la información: (1) una determinación formal por parte de un estadístico calificado; o (2) se requiere la eliminación de identificadores específicos de la persona y de los familiares, miembros del hogar y empleadores de la persona, y es adecuada solo si la entidad cubierta no tiene conocimiento real de que la información restante podría usarse para identificar a la persona. [15]

Principio general de usos y divulgaciones

Principio básico. Un objetivo principal de la Norma de Privacidad es definir y limitar las circunstancias en las que la información médica protegida de una persona puede ser utilizada o divulgada por entidades cubiertas. Una entidad cubierta no puede utilizar ni divulgar información médica protegida, excepto: (1) según lo permita o exija la Norma de Privacidad; o (2) según lo autorice por escrito la persona que es objeto de la información (o el representante personal de la persona). [16]

Divulgaciones obligatorias. Una entidad cubierta debe divulgar información médica protegida en solo dos situaciones: (a) a personas (o sus representantes personales) específicamente cuando solicitan acceso a su información médica protegida o un registro de las divulgaciones de dicha información; y (b) al HHS cuando está llevando a cabo una investigación o revisión de cumplimiento o una acción de cumplimiento. [17] Consulte la guía adicional sobre Acceso del gobierno .

Usos y divulgaciones permitidos

Usos y divulgaciones permitidos. Una entidad cubierta tiene permitido, pero no está obligada, a usar y divulgar información médica protegida, sin la autorización de una persona, para los siguientes propósitos o situaciones: (1) Para la persona (a menos que sea necesario para el acceso o la contabilidad de las divulgaciones); (2) Tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (3) Oportunidad de aceptar u objetar; (4) Incidente a un uso y divulgación permitidos de otra manera; (5) Actividades de interés y beneficio público; y (6) Conjunto de datos limitados para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica. [18] Las entidades cubiertas pueden confiar en la ética profesional y el mejor juicio para decidir cuáles de estos usos y divulgaciones permisibles hacer.

(1) Al individuo. Una entidad cubierta puede divulgar información médica protegida al individuo que es objeto de la información.

(2) Tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Una entidad cubierta puede usar y divulgar información médica protegida para sus propias actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. [19] Una entidad cubierta también puede divulgar información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica, las actividades de pago de otra entidad cubierta y de cualquier proveedor de atención médica, o las operaciones de atención médica de otra entidad cubierta que involucren actividades de garantía de calidad o competencia o actividades de detección de fraude y abuso y cumplimiento, si ambas entidades cubiertas tienen o tuvieron una relación con la persona y la información médica protegida pertenece a la relación. Consulte la guía adicional sobre Tratamiento, pago y operaciones de atención médica .

El tratamiento es la provisión, coordinación o gestión de atención médica y servicios relacionados para un individuo por parte de uno o más proveedores de atención médica, incluida la consulta entre proveedores con respecto a un paciente y la derivación de un paciente por parte de un proveedor a otro. [20]

El pago abarca las actividades de un plan de salud para obtener primas, determinar o cumplir con responsabilidades de cobertura y provisión de beneficios, y proporcionar u obtener reembolso por atención médica brindada a un individuo [21] y las actividades de

un proveedor de atención médica para obtener el pago o ser reembolsado por la prestación de atención médica a un individuo.

Las operaciones de atención médica son cualquiera de las siguientes actividades: (a) actividades de evaluación y mejora de la calidad, incluyendo la gestión de casos y la coordinación de la atención; (b) actividades de garantía de competencia, incluyendo la evaluación del desempeño, la acreditación y la obtención de credenciales de proveedores o planes de salud; (c) realizar o coordinar revisiones médicas, auditorías o servicios legales, incluyendo programas de detección de fraude y abuso y cumplimiento; (d) funciones de seguro específicas, como suscripción, calificación de riesgos y reaseguro de riesgos; (e) planificación, desarrollo, gestión y administración de negocios; y (f) gestión de negocios y actividades administrativas generales de la entidad, incluyendo, entre otras: desidentificación de información de salud protegida, creación de un conjunto limitado de datos y cierta recaudación de fondos para el beneficio de la entidad cubierta. [22]

La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica requieren una autorización como se describe a continuación. [23] Obtener el "consentimiento" (permiso escrito de las personas para usar y divulgar su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica) es opcional según la Regla de Privacidad para todas las entidades cubiertas. [24] El contenido de un formulario de consentimiento y el proceso para obtener el consentimiento quedan a discreción de la entidad cubierta que elige buscar el consentimiento.

(3) Usos y divulgaciones con oportunidad de aceptar u objetar. Se puede obtener un permiso informal preguntándoselo directamente a la persona o en circunstancias que claramente le den a la persona la oportunidad de aceptar, consentir u objetar. Cuando la persona está incapacitada, en una situación de emergencia o no está disponible, las entidades cubiertas generalmente pueden hacer dichos usos y divulgaciones, si en el ejercicio de su criterio profesional, se determina que el uso o la divulgación es lo mejor para la persona.

Directorios de establecimientos. Es una práctica común en muchos establecimientos de atención médica, como los hospitales, mantener un directorio de información de contacto de los pacientes. Un proveedor de atención médica cubierto puede confiar en el permiso informal de una persona para incluir en su directorio de establecimientos el nombre de la persona, su estado general, su afiliación religiosa y su ubicación en el establecimiento del proveedor. [25] El proveedor puede entonces revelar la condición de la persona y su ubicación en el establecimiento a cualquier persona que pregunte por ella por su nombre, y también puede revelar su afiliación religiosa al clero. Los miembros del clero no están obligados a preguntar por la persona por su nombre cuando preguntan por la afiliación religiosa del paciente.

Para notificación y otros fines. Una entidad cubierta también puede confiar en el permiso informal de una persona para divulgar a la familia, parientes o amigos de la persona, o a otras personas que la persona identifique, información médica protegida directamente relevante para la participación de esa persona en el cuidado de la persona o el pago de la atención. [26] Esta disposición, por ejemplo, permite a un

farmacéutico dispensar recetas completas a una persona que actúe en nombre del paciente. De manera similar, una entidad cubierta puede confiar en el permiso informal de una persona para usar o divulgar información médica protegida con el propósito de notificar (incluida la identificación o ubicación) a los miembros de la familia, representantes personales u otras personas responsables del cuidado de la persona sobre la ubicación, el estado general o la muerte de la persona. Además, la información médica protegida puede divulgarse con fines de notificación a entidades públicas o privadas autorizadas por ley o estatuto para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.

(4) Uso y divulgación incidentales. La Regla de Privacidad no exige que se eliminen todos los riesgos de un uso o divulgación incidental de información médica protegida. Se permite un uso o divulgación de esta información que se produzca como resultado de, o como "incidente con", un uso o divulgación permitidos de otro modo, siempre que la entidad cubierta haya adoptado las salvaguardas razonables requeridas por la Regla de Privacidad y la información que se comparte se limite al "mínimo necesario", como lo exige la Regla de Privacidad. [27] Consulte la guía adicional sobre Usos y divulgaciones incidentales .

(5) Actividades de interés y beneficio público. La regla de privacidad permite el uso y la divulgación de información médica protegida, sin la autorización o el permiso de una persona, para 12 propósitos de prioridad nacional. [28] La regla permite estas divulgaciones, aunque no las exige, en reconocimiento de los usos importantes que se hacen de la información médica fuera del contexto de la atención médica. Se aplican condiciones o limitaciones específicas a cada propósito de interés público, logrando un equilibrio entre el interés de privacidad individual y la necesidad de interés público de esta información.

Requerido por la ley. Las entidades cubiertas pueden usar y divulgar información médica protegida sin autorización individual según lo exija la ley (incluso por estatuto, reglamento u órdenes judiciales). [29]

Actividades de salud pública. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida a: (1) autoridades de salud pública autorizadas por ley para recopilar o recibir dicha información para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades y a autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas para recibir informes de abuso y negligencia infantil; (2) entidades sujetas a la regulación de la FDA con respecto a productos o actividades reguladas por la FDA para fines tales como informes de eventos adversos, seguimiento de productos, retiros de productos y vigilancia posterior a la comercialización; (3) personas que pueden haber contraído o estado expuestas a una enfermedad contagiosa cuando la notificación está autorizada por ley; y (4) empleadores, en relación con los empleados, cuando los empleadores lo soliciten, para obtener información sobre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo, porque el empleador necesita dicha información para cumplir con la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OHSA), la Administración de Seguridad y Salud Minera (MHSA) o una ley estatal similar. [30] Consulte la guía adicional sobre Actividades de salud pública y las páginas web de los CDC sobre Salud pública y Orientación HIPAA .

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. En determinadas circunstancias, las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida a las autoridades gubernamentales correspondientes en relación con las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. [31]

Actividades de supervisión de la salud. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida a agencias de supervisión de la salud (según se define en la Norma) para fines de actividades de supervisión de la salud legalmente autorizadas, como auditorías e investigaciones necesarias para supervisar el sistema de atención médica y los programas de beneficios gubernamentales. [32]

Procedimientos judiciales y administrativos. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida en un procedimiento judicial o administrativo si la solicitud de información se realiza mediante una orden de un tribunal judicial o administrativo. Dicha información también puede divulgarse en respuesta a una citación u otro proceso legal si se proporcionan ciertas garantías con respecto a la notificación a la persona o una orden de protección. [33]

Fines de aplicación de la ley. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para fines de aplicación de la ley en las siguientes seis circunstancias y sujetas a condiciones específicas: (1) según lo exija la ley (incluidas las órdenes judiciales, las órdenes judiciales, las citaciones) y las solicitudes administrativas; (2) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) en respuesta a la solicitud de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley de información sobre una víctima o presunta víctima de un delito; (4) para alertar a las autoridades sobre la muerte de una persona, si la entidad cubierta sospecha que la actividad delictiva causó la muerte; (5) cuando una entidad cubierta cree que la información médica protegida es evidencia de un delito que ocurrió en sus instalaciones; y (6) por un proveedor de atención médica cubierto en una emergencia médica que no ocurrió en sus instalaciones, cuando sea necesario para informar a las autoridades sobre la comisión y la naturaleza de un delito, la ubicación del delito o las víctimas del delito y el autor del delito. [34]

Difuntos. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida a directores de funerarias según sea necesario, y a médicos forenses o examinadores médicos para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte y realizar otras funciones autorizadas por la ley. [35]

Donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos . Las entidades cubiertas pueden usar o divulgar información médica protegida para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos cadavéricos. [36]

Investigación. "Investigación" es cualquier investigación sistemática diseñada para desarrollar o contribuir a un conocimiento generalizable. [37] La Regla de Privacidad permite que una entidad cubierta use y divulgue información médica protegida para propósitos de investigación, sin la autorización de una persona, siempre que la entidad cubierta obtenga: (1) documentación de que una Junta de Revisión Institucional o una Junta de Privacidad ha aprobado una modificación o exención de la autorización de las personas para el uso o la divulgación de información médica protegida sobre ellas para

propósitos de investigación; (2) declaraciones del investigador de que el uso o la divulgación de la información médica protegida es únicamente para preparar un protocolo de investigación o para un propósito similar preparatorio para la investigación, que el investigador no eliminará ninguna información médica protegida de la entidad cubierta y que la información médica protegida para la cual se busca el acceso es necesaria para la investigación; o (3) declaraciones del investigador de que el uso o la divulgación buscados son únicamente para la investigación sobre la información médica protegida de personas fallecidas, que la información médica protegida buscada es necesaria para la investigación y, a pedido de la entidad cubierta, documentación de la muerte de las personas sobre las cuales se busca la información. [38] Una entidad cubierta también puede usar o divulgar, sin la autorización de una persona, un conjunto limitado de datos de información médica protegida para fines de investigación (ver el análisis a continuación). [39] Consulte la guía adicional sobre investigación y la publicación de los NIH "Protección de la información médica personal en la investigación: comprensión de la regla de privacidad de HIPAA" (PDF)

Amenaza grave a la salud o la seguridad. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida que consideren necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a una persona o al público, cuando dicha divulgación se realiza a alguien que consideren que puede prevenir o reducir la amenaza (incluido el objetivo de la amenaza). Las entidades cubiertas también pueden divulgar la información a las autoridades policiales si es necesaria para identificar o detener a un fugitivo o un delincuente violento. [40]

Funciones esenciales del gobierno. No se requiere una autorización para usar o divulgar información médica protegida para ciertas funciones esenciales del gobierno. Dichas funciones incluyen: asegurar la ejecución adecuada de una misión militar, realizar actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por ley, brindar servicios de protección al Presidente, tomar decisiones sobre la idoneidad médica de los empleados del Departamento de Estado de los EE. UU., proteger la salud y la seguridad de los reclusos o empleados de una institución correccional y determinar la elegibilidad o realizar la inscripción en ciertos programas de beneficios del gobierno. [41]

Compensación de trabajadores. Las entidades cubiertas pueden divulgar información médica protegida según lo autoricen las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares que brinden beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y para cumplir con ellas. [42] Consulte la guía adicional sobre Compensación de trabajadores .

(6) Conjunto de datos limitado. Un conjunto de datos limitado es información sanitaria protegida de la que se han eliminado determinados identificadores directos específicos de personas y sus familiares, miembros del hogar y empleadores.43 Un conjunto de datos limitado puede utilizarse y divulgarse para fines de investigación, operaciones de atención sanitaria y salud pública, siempre que el destinatario celebre un acuerdo de uso de datos que prometa salvaguardas específicas para la información sanitaria protegida dentro del conjunto de datos limitado.

Usos y divulgaciones autorizados

Autorización. Una entidad cubierta debe obtener la autorización por escrito de la persona para cualquier uso o divulgación de información médica protegida que no sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que no esté permitida o requerida de otra manera por la Regla de Privacidad. [44] Una entidad cubierta no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a que una persona otorgue una autorización, excepto en circunstancias limitadas. [45]

Una autorización debe estar escrita en términos específicos. Puede permitir el uso y la divulgación de información médica protegida por parte de la entidad cubierta que solicita la autorización o por parte de un tercero. Algunos ejemplos de divulgaciones que requerirían la autorización de una persona incluyen divulgaciones a una compañía de seguros de vida para fines de cobertura, divulgaciones a un empleador de los resultados de un examen físico o de laboratorio previo al empleo o divulgaciones a una empresa farmacéutica para sus propios fines de marketing.

Todas las autorizaciones deben estar redactadas en un lenguaje sencillo y contener información específica sobre la información que se divulgará o utilizará, la(s) persona(s) que divulgan y reciben la información, la fecha de vencimiento, el derecho de revocación por escrito y otros datos. La Norma de Privacidad contiene disposiciones transitorias aplicables a las autorizaciones y otros permisos legales expresos obtenidos antes del 14 de abril de 2003. [46]

Notas de psicoterapia. [47] Una entidad cubierta debe obtener la autorización de una persona para usar o divulgar notas de psicoterapia con las siguientes excepciones: [48]

- La entidad cubierta que originó las notas podrá utilizarlas para su tratamiento.
- Una entidad cubierta puede usar o divulgar, sin la autorización de un individuo, las notas de psicoterapia, para su propia capacitación y para defenderse en procedimientos legales iniciados por el individuo, para que el HHS investigue o determine el cumplimiento de la entidad cubierta con las Normas de Privacidad, para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública, a una agencia de supervisión de salud para la supervisión legal del originador de las notas de psicoterapia, para las actividades legales de un médico forense o examinador médico o según lo requiera la ley.

Marketing. El marketing es cualquier comunicación sobre un producto o servicio que aliente a los destinatarios a comprar o utilizar el producto o servicio. [49] La Norma de Privacidad excluye de esta definición de marketing las siguientes actividades relacionadas con la salud:

- Comunicaciones para describir productos o servicios relacionados con la salud, o el pago de los mismos, proporcionados o incluidos en un plan de beneficios de la entidad cubierta que realiza la comunicación;
- Comunicaciones sobre proveedores participantes en una red de proveedores o planes de salud, reemplazo o mejoras de un plan de salud y productos o servicios relacionados con la salud disponibles solo para los afiliados de un plan de salud que agregan valor, pero no son parte del plan de beneficios;
- Comunicaciones para el tratamiento del individuo; y

- Comunicaciones para la gestión de casos o la coordinación de la atención para el individuo, o para dirigir o recomendar tratamientos alternativos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de atención para el individuo.

El marketing también es un acuerdo entre una entidad cubierta y cualquier otra entidad mediante el cual la entidad cubierta divulga información médica protegida, a cambio de una remuneración directa o indirecta, para que la otra entidad comunique sobre sus propios productos o servicios fomentando el uso o la compra de esos productos o servicios. Una entidad cubierta debe obtener una autorización para usar o divulgar información médica protegida para fines de marketing, excepto para comunicaciones de marketing cara a cara entre una entidad cubierta y un individuo, y para la provisión de obsequios promocionales de valor nominal por parte de una entidad cubierta. Sin embargo, no se necesita autorización para realizar una comunicación que se encuentre dentro de una de las excepciones a la definición de marketing. Una autorización para marketing que implique la recepción por parte de la entidad cubierta de una remuneración directa o indirecta de un tercero debe revelar ese hecho. Consulte la guía adicional sobre Marketing .

Limitar los usos y divulgaciones al mínimo necesario

Mínimo necesario. Un aspecto central de la Regla de Privacidad es el principio de uso y divulgación "mínimo necesario". Una entidad cubierta debe hacer esfuerzos razonables para usar, divulgar y solicitar solo la cantidad mínima de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud. [50] Una entidad cubierta debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos para limitar razonablemente los usos y divulgaciones al mínimo necesario. Cuando el estándar mínimo necesario se aplica a un uso o divulgación, una entidad cubierta no puede usar, divulgar o solicitar la totalidad del historial médico para un propósito particular, a menos que pueda justificar específicamente que todo el historial es la cantidad razonablemente necesaria para el propósito. Consulte la guía adicional sobre Mínimo necesario .

El requisito mínimo necesario no se impone en ninguna de las siguientes circunstancias: (a) divulgación a un proveedor de atención médica o solicitud de un proveedor de atención médica para un tratamiento; (b) divulgación a un individuo que es el sujeto de la información, o al representante personal del individuo; (c) uso o divulgación realizada de conformidad con una autorización; (d) divulgación al HHS para investigación de quejas, revisión de cumplimiento o ejecución; (e) uso o divulgación que es requerido por ley; o (f) uso o divulgación requeridos para el cumplimiento de la Regla de Transacciones de HIPAA u otras Reglas de Simplificación Administrativa de HIPAA.

Acceso y usos. Para usos internos, una entidad cubierta debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos que restrinjan el acceso y los usos de la información médica protegida en función de las funciones específicas de los miembros de su fuerza laboral. Estas políticas y procedimientos deben identificar a las personas o clases de personas de la fuerza laboral que necesitan acceso a la información médica protegida para llevar a cabo sus tareas, las categorías de información médica protegida

a las que se necesita acceder y las condiciones en las que necesitan la información para realizar su trabajo.

Divulgaciones y solicitudes de divulgación. Las entidades cubiertas deben establecer e implementar políticas y procedimientos (que pueden ser protocolos estándar) para *divulgaciones rutinarias y recurrentes, o solicitudes de divulgación* , que limiten la información médica protegida divulgada a la cantidad mínima razonablemente necesaria para lograr el propósito de la divulgación. No se requiere una revisión individual de cada divulgación. Para las divulgaciones no rutinarias y no recurrentes, o las solicitudes de divulgación que realice, las entidades cubiertas deben desarrollar criterios diseñados para limitar las divulgaciones a la información razonablemente necesaria para lograr el propósito de la divulgación y revisar cada una de estas solicitudes individualmente de acuerdo con los criterios establecidos.

Confianza razonable. Si otra entidad cubierta realiza una solicitud de información médica protegida, una entidad cubierta puede confiar, si es razonable según las circunstancias, en que la solicitud cumple con este estándar mínimo necesario. De manera similar, una entidad cubierta puede confiar en que las solicitudes constituyen la información médica protegida mínima necesaria de: (a) un funcionario público, (b) un profesional (como un abogado o contador) que sea socio comercial de la entidad cubierta, que busca la información para brindar servicios a o para la entidad cubierta; o (c) un investigador que proporciona la documentación o representación requerida por la Regla de Privacidad para la investigación.

Aviso y otros derechos individuales

Aviso de prácticas de privacidad. Cada entidad cubierta, con ciertas excepciones, debe proporcionar un aviso de sus prácticas de privacidad. [51] La Regla de Privacidad requiere que el aviso contenga ciertos elementos. El aviso debe describir las formas en que la entidad cubierta puede usar y divulgar información médica protegida. El aviso debe indicar los deberes de la entidad cubierta de proteger la privacidad, proporcionar un aviso de prácticas de privacidad y cumplir con los términos del aviso actual. El aviso debe describir los derechos de las personas, incluido el derecho a presentar una queja ante el HHS y la entidad cubierta si creen que se han violado sus derechos de privacidad. El aviso debe incluir un punto de contacto para obtener más información y presentar quejas ante la entidad cubierta. Las entidades cubiertas deben actuar de acuerdo con sus avisos. La Regla también contiene requisitos de distribución específicos para los proveedores de tratamiento directo, todos los demás proveedores de atención médica y los planes de salud. Consulte la guía adicional sobre el Aviso .

- **Distribución de avisos.** Un proveedor de atención médica cubierto que tenga una relación *directa de tratamiento* con individuos debe haber entregado un aviso de prácticas de privacidad a los pacientes a partir del 14 de abril de 2003, de la siguiente manera:

- A más tardar en el primer encuentro de servicio mediante entrega personal (para visitas de pacientes), mediante respuesta electrónica automática y contemporánea (para entrega de servicios electrónicos) y mediante envío rápido por correo (para entrega de servicios telefónicos);

- Publicando el aviso en cada sitio de prestación de servicios en un lugar claro y destacado donde se pueda esperar razonablemente que las personas que buscan el servicio puedan leerlo; y
- En situaciones de tratamiento de emergencia, el proveedor debe proporcionar su aviso lo antes posible después de que disminuya la emergencia.

Las entidades cubiertas, ya sean proveedores de tratamiento directo o indirecto (como laboratorios) o planes de salud, deben proporcionar aviso a cualquier persona que lo solicite. [52] Una entidad cubierta también debe hacer que su aviso esté disponible electrónicamente en cualquier sitio web que mantenga para servicio al cliente o información sobre beneficios.

Las entidades cubiertas en un acuerdo de atención médica organizada pueden usar un aviso de prácticas de privacidad conjunto, siempre que cada una acepte cumplir con el contenido del aviso con respecto a la información de salud protegida creada o recibida en relación con la participación en el acuerdo. [53] La distribución de un aviso conjunto por cualquier entidad cubierta que participe en el acuerdo de atención médica organizada en el primer punto en el que un miembro de OHCA tiene la obligación de proporcionar el aviso satisface la obligación de distribución de los demás participantes en el acuerdo de atención médica organizada.

Un plan de salud debe distribuir su aviso de prácticas de privacidad a cada uno de sus afiliados antes de la fecha de cumplimiento de la Norma de Privacidad. A partir de entonces, el plan de salud debe dar su aviso a cada nuevo afiliado en el momento de la inscripción y enviar un recordatorio a cada afiliado al menos una vez cada tres años de que el aviso está disponible si se lo solicita. Un plan de salud cumple con su obligación de distribución al proporcionar el aviso al "asegurado designado", es decir, el suscriptor de la cobertura que también se aplica a los cónyuges y dependientes.

- **Acuse de recibo de la notificación.** Un proveedor de atención médica cubierto que tenga una relación directa de tratamiento con personas debe hacer un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo por escrito de los pacientes de que recibieron la notificación de prácticas de privacidad. [54] La Regla de Privacidad no prescribe ningún contenido particular para el acuse de recibo. El proveedor debe documentar el motivo por el cual no obtuvo el acuse de recibo por escrito del paciente. El proveedor no tiene la necesidad de solicitar el acuse de recibo en una situación de tratamiento de emergencia.

Acceso. Excepto en ciertas circunstancias, las personas tienen derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida en el conjunto de registros designado de una entidad cubierta. [55] El "conjunto de registros designado" es ese grupo de registros mantenidos por o para una entidad cubierta que se utiliza, en su totalidad o en parte, para tomar decisiones sobre personas, o que son los registros médicos y de facturación de un proveedor sobre personas o los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y gestión de casos o médicos de un plan de salud. [56] La Regla exceptúa del derecho de acceso la siguiente información médica protegida: notas de psicoterapia, información recopilada para procedimientos legales, resultados de laboratorio a los que la Ley de Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA) prohíbe el acceso, o información en poder de ciertos laboratorios de investigación. Para la

información incluida dentro del derecho de acceso, las entidades cubiertas pueden negarle el acceso a una persona en ciertas situaciones específicas, como cuando un profesional de la salud cree que el acceso podría causar daño a la persona o a otra persona. En tales situaciones, se le debe dar a la persona el derecho a que dichas denegaciones sean revisadas por un profesional de la salud autorizado para una segunda opinión. [57] Las entidades cubiertas podrán imponer tarifas razonables basadas en los costos por el costo de copia y envío.

Enmienda. La Regla otorga a las personas el derecho a que las entidades cubiertas modifiquen su información médica protegida en un conjunto de registros designado cuando dicha información sea inexacta o incompleta. [58] Si una entidad cubierta acepta una solicitud de enmienda, debe hacer esfuerzos razonables para proporcionar la enmienda a las personas que la persona ha identificado como necesitadas de ella, y a las personas que la entidad cubierta sabe que podrían confiar en la información en detrimento de la persona. [59] Si se deniega la solicitud, las entidades cubiertas deben proporcionar a la persona una denegación por escrito y permitirle presentar una declaración de desacuerdo para su inclusión en el registro. La Regla especifica los procesos para solicitar y responder a una solicitud de enmienda. Una entidad cubierta debe enmendar la información médica protegida en su conjunto de registros designado al recibir un aviso de enmienda de otra entidad cubierta.

Contabilidad de divulgación. Las personas tienen derecho a una contabilidad de las divulgaciones de su información médica protegida por parte de una entidad cubierta o de los socios comerciales de la entidad cubierta. [60] El período máximo de contabilidad de divulgación es de seis años inmediatamente anteriores a la solicitud de contabilidad, excepto que una entidad cubierta no está obligada a dar cuenta de ninguna divulgación realizada antes de su fecha de cumplimiento de la Regla de Privacidad.

La Regla de Privacidad no exige que se rindan cuentas de las divulgaciones: (a) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (b) a la persona o al representante personal de la persona; (c) para notificación a personas involucradas en la atención médica de una persona o el pago de la atención médica, para socorro en caso de desastre o para directorios de instalaciones; (d) de conformidad con una autorización; (e) de un conjunto limitado de datos; (f) para fines de seguridad nacional o inteligencia; (g) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ciertos fines relacionados con reclusos o personas bajo custodia legal; o (h) incidentales a usos o divulgaciones permitidos o requeridos de otro modo. La rendición de cuentas de las divulgaciones a agencias de supervisión de la salud y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley debe suspenderse temporalmente si estos declaran por escrito que una rendición de cuentas probablemente impediría sus actividades.

Solicitud de restricción. Las personas tienen derecho a solicitar que una entidad cubierta restrinja el uso o la divulgación de información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, divulgación a personas involucradas en la atención médica de la persona o el pago de la atención médica, o divulgación para notificar a los miembros de la familia u otras personas sobre el estado general, la ubicación o la muerte de la persona. [61] Una entidad cubierta no tiene la obligación de aceptar solicitudes de restricciones. Una entidad cubierta que acepte

debe cumplir con las restricciones acordadas, excepto para fines de tratar a la persona en una emergencia médica. [62]

Requisitos de comunicaciones confidenciales. Los planes de salud y los proveedores de atención médica cubiertos deben permitir que las personas soliciten un medio o una ubicación alternativos para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios distintos de los que la entidad cubierta emplea habitualmente. [63] Por ejemplo, una persona puede solicitar que el proveedor se comunique con ella a través de una dirección o un número de teléfono designados. De manera similar, una persona puede solicitar que el proveedor envíe las comunicaciones en un sobre cerrado en lugar de una tarjeta postal.

Los planes de salud deben atender solicitudes razonables si la persona indica que la divulgación total o parcial de la información médica protegida podría ponerla en peligro. El plan de salud no puede cuestionar la declaración de
peligro de la persona. Cualquier entidad cubierta puede condicionar el cumplimiento de una solicitud de comunicación confidencial a que la persona especifique una dirección alternativa o un método de contacto y explique cómo se manejará cualquier pago.

Requisitos administrativos

El HHS reconoce que las entidades cubiertas varían desde el proveedor más pequeño hasta el plan de salud más grande que opera en varios estados. Por lo tanto, la flexibilidad y la escalabilidad de la Norma tienen como objetivo permitir que las entidades cubiertas analicen sus propias necesidades e implementen soluciones adecuadas para su propio entorno. Lo que sea apropiado para una entidad cubierta en particular dependerá de la naturaleza de su negocio, así como de su tamaño y recursos.

Políticas y procedimientos de privacidad. Una entidad cubierta debe desarrollar e implementar políticas y procedimientos de privacidad escritos que sean coherentes con la Norma de Privacidad. [64]

Personal de privacidad. Una entidad cubierta debe designar un funcionario de privacidad responsable de desarrollar e implementar sus políticas y procedimientos de privacidad, y una persona de contacto u oficina de contacto responsable de recibir quejas y proporcionar a las personas información sobre las prácticas de privacidad de la entidad cubierta. [65]

Capacitación y gestión de la fuerza laboral. Los miembros de la fuerza laboral incluyen empleados, voluntarios, aprendices y también pueden incluir otras personas cuya conducta esté bajo el control directo de la entidad (ya sea que reciban o no un pago de la entidad). [66] Una entidad cubierta debe capacitar a todos los miembros de la fuerza laboral sobre sus políticas y procedimientos de privacidad, según sea necesario y apropiado para que puedan llevar a cabo sus funciones. [67] Una entidad cubierta debe tener y aplicar sanciones apropiadas contra los miembros de la fuerza laboral que violen sus políticas y procedimientos de privacidad o la Regla de Privacidad. [68]

Mitigación. Una entidad cubierta debe mitigar, en la medida de lo posible, cualquier efecto perjudicial que conozca que haya sido causado por el uso o la divulgación de información médica protegida por parte de su personal o sus asociados comerciales en

violación de sus políticas y procedimientos de privacidad o de la Norma de Privacidad. [69]

Medidas de protección de los datos. Una entidad cubierta debe mantener medidas de protección administrativas, técnicas y físicas razonables y apropiadas para evitar el uso o la divulgación intencional o no intencional de información médica protegida en violación de la Regla de Privacidad y para limitar su uso y divulgación incidental de conformidad con el uso o la divulgación permitidos o requeridos de otro modo. [70] Por ejemplo, dichas medidas de protección pueden incluir la destrucción de documentos que contengan información médica protegida antes de descartarlos, la protección de los registros médicos con candado y llave o código de acceso, y la limitación del acceso a llaves o códigos de acceso. Consulte la guía adicional sobre Usos y divulgaciones incidentales .

Quejas. Una entidad cubierta debe tener procedimientos para que las personas presenten quejas sobre el cumplimiento de sus políticas y procedimientos de privacidad y la Norma de Privacidad. [71] La entidad cubierta debe explicar esos procedimientos en su aviso de prácticas de privacidad. [72]

Entre otras cosas, la entidad cubierta debe identificar a quién pueden presentar quejas las personas en la entidad cubierta e informar que las quejas también pueden presentarse al Secretario del HHS.

Represalias y renuncia. Una entidad cubierta no puede tomar represalias contra una persona por ejercer los derechos previstos en la Regla de Privacidad, por colaborar en una investigación del HHS u otra autoridad competente, o por oponerse a un acto o práctica que la persona crea de buena fe que viola la Regla de Privacidad. [73] Una entidad cubierta no puede exigir a una persona que renuncie a ningún derecho previsto en la Regla de Privacidad como condición para obtener tratamiento, pago y elegibilidad para la inscripción o los beneficios. [74]

Documentación y conservación de registros. Una entidad regulada debe conservar, hasta seis años después de la fecha de su creación o la última fecha de entrada en vigor, lo que ocurra más tarde, sus políticas y procedimientos de privacidad, sus avisos de prácticas de privacidad, la resolución de quejas y otras acciones, actividades y designaciones que la Norma de Privacidad exige que se documenten. [75]

Excepción de plan de salud grupal con seguro completo. Las únicas obligaciones administrativas que debe cumplir un plan de salud grupal con seguro completo que no tenga más que datos de inscripción e información de salud resumida son (1) la prohibición de actos de represalia y la renuncia de derechos individuales, y (2) los requisitos de documentación con respecto a los documentos del plan si dichos documentos se modifican para permitir la divulgación de información de salud protegida al patrocinador del plan por parte de un emisor de seguro de salud o una HMO que brinde servicios al plan de salud grupal. [76]

Opciones organizativas

La Regla contiene disposiciones que abordan una variedad de cuestiones organizativas que pueden afectar el funcionamiento de las protecciones de privacidad.

Entidad híbrida. La regla de privacidad permite que una entidad cubierta que sea una entidad legal única y que lleve a cabo funciones cubiertas y no cubiertas elija ser una "entidad híbrida". [77] (Las actividades que hacen que una persona u organización sea una entidad cubierta son sus "funciones cubiertas". [78]) Para ser una entidad híbrida, la entidad cubierta debe designar por escrito sus operaciones que realizan funciones cubiertas como uno o más "componentes de atención médica". Después de hacer esta designación, la mayoría de los requisitos de la regla de privacidad se aplicarán solo a los componentes de atención médica. Una entidad cubierta que no haga esta designación está sujeta en su totalidad a la regla de privacidad.

Entidad cubierta afiliada. Las entidades cubiertas legalmente separadas que están afiliadas por propiedad o control común pueden designarse a sí mismas (incluidos sus componentes de atención médica) como una sola entidad cubierta para el cumplimiento de la Regla de privacidad. [79] La designación debe hacerse por escrito. Una entidad cubierta afiliada que realiza múltiples funciones cubiertas debe operar sus diferentes funciones cubiertas de conformidad con las disposiciones de la Regla de privacidad aplicables a esas funciones cubiertas.

Acuerdo de atención médica organizada. La regla de privacidad identifica las relaciones en las que las entidades cubiertas participantes comparten información médica protegida para administrar y beneficiar su empresa común como "acuerdos de atención médica organizada". [80] Las entidades cubiertas en un acuerdo de atención médica organizada pueden compartir información médica protegida entre sí para las operaciones de atención médica conjuntas del acuerdo. [81]

Entidades cubiertas con múltiples funciones cubiertas. Una entidad cubierta que realiza múltiples funciones cubiertas debe operar sus diferentes funciones cubiertas de conformidad con las disposiciones de la Regla de Privacidad aplicables a esas funciones cubiertas. [82] La entidad cubierta no puede usar ni divulgar la información médica protegida de una persona que recibe servicios de una función cubierta (por ejemplo, proveedor de atención médica) para otra función cubierta (por ejemplo, plan de salud) si la persona no está involucrada con la otra función.

Divulgaciones del plan de salud grupal a los patrocinadores del plan. Un plan de salud grupal y la aseguradora de salud o la organización de mantenimiento de la salud (HMO) que ofrece el plan pueden divulgar la siguiente información médica protegida al "patrocinador del plan" (el empleador, el sindicato u otra organización de empleados que patrocina y mantiene el plan de salud grupal): [83]

- Información de inscripción o cancelación de inscripción con respecto al plan de salud grupal o una aseguradora de salud o HMO ofrecida por el plan.

- Si el patrocinador del plan lo solicita, información de salud resumida para que la utilice para obtener ofertas de primas para brindar cobertura de seguro médico a través del plan de salud grupal, o para modificar, enmendar o terminar el plan de salud grupal. La "información de salud resumida" es información que resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o los tipos de experiencia de reclamos de las personas a quienes el patrocinador del plan les ha brindado beneficios de salud a través del plan de salud grupal, y que está desprovista de todos los identificadores individuales que no

sean el código postal de cinco dígitos (aunque no necesariamente califica como información de salud protegida sin identificación).

- Información médica protegida de los afiliados al plan de salud grupal para que el patrocinador del plan realice funciones de administración del plan. El plan debe recibir certificación del patrocinador del plan de que el documento del plan de salud grupal ha sido modificado para imponer restricciones al uso y divulgación de la información médica protegida por parte del patrocinador del plan. Estas restricciones deben incluir la declaración de que el patrocinador del plan no usará ni divulgará la información médica protegida para ninguna acción o decisión relacionada con el empleo o en conexión con cualquier otro plan de beneficios.

Otras disposiciones: Representantes personales y menores de edad

Representantes personales. La Regla de privacidad exige que una entidad cubierta trate a un *"representante personal"* de la misma manera que a la persona, con respecto a los usos y divulgaciones de la información médica protegida de la persona, así como los derechos de la persona bajo la Regla. [84] Un representante personal es una persona legalmente autorizada para tomar decisiones de atención médica en nombre de una persona o para actuar en nombre de una persona fallecida o de su patrimonio. La Regla de privacidad permite una excepción cuando una
entidad cubierta tiene una creencia razonable de que el representante personal puede estar abusando o descuidando a la persona, o que tratar a la persona como representante personal podría ponerla en peligro de otra manera.

Caso especial: menores de edad. En la mayoría de los casos, los padres son los representantes personales de sus hijos menores de edad. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, los padres pueden ejercer derechos individuales, como el acceso al historial médico, en nombre de sus hijos menores de edad. En ciertos casos excepcionales, el padre o la madre no se consideran representantes personales. En estas situaciones, la Regla de Privacidad deja en manos de las leyes estatales y otras leyes la determinación de los derechos de los padres a acceder y controlar la información médica protegida de sus hijos menores de edad. Si las leyes estatales y otras no se pronuncian sobre el acceso de los padres a la información médica protegida del menor de edad, una entidad cubierta tiene la facultad de proporcionar o denegar a un padre el acceso a la información médica del menor de edad, siempre que la decisión la tome un profesional de la salud autorizado en el ejercicio de su criterio profesional. Consulte la guía adicional sobre Representantes personales .

Ley del Estado

Prelación. En general, las leyes estatales que son contrarias a la Regla de Privacidad son prelamentadas por los requisitos federales, lo que significa que se aplicarán los requisitos federales. [85] "Contraria" significa que sería imposible para una entidad cubierta cumplir con los requisitos estatales y federales, o que la disposición de la ley estatal es un obstáculo para lograr los propósitos y objetivos completos de las disposiciones de Simplificación Administrativa de HIPAA. [86] La Regla de Privacidad proporciona excepciones a la regla general de prelación federal para leyes estatales contrarias que (1) se relacionan con la privacidad de la información de salud individualmente identificable y brindan mayores protecciones de privacidad o derechos

de privacidad con respecto a dicha información, (2) prevén la notificación de enfermedades o lesiones, abuso infantil, nacimiento o muerte, o para vigilancia, investigación o intervención de salud pública, o (3) requieren ciertos informes del plan de salud, como para auditorías de gestión o financieras.

Determinación de excepción. Además, no se producirá la primacía de una ley estatal contraria si el HHS determina, en respuesta a una solicitud de un estado u otra entidad o persona, que la ley estatal:

- Es necesario para prevenir el fraude y el abuso relacionados con la prestación o el pago de atención médica,
- Es necesario garantizar una regulación estatal adecuada de los seguros y planes de salud en la medida expresamente autorizada por estatuto o reglamento,
- Es necesario para que el Estado informe sobre la prestación o los costos de la atención sanitaria,
- Es necesario para satisfacer una necesidad imperiosa de salud, seguridad o bienestar público y, si está en juego una disposición de la Regla de Privacidad, si el Secretario determina que la intrusión en la privacidad está justificada cuando se compara con la necesidad que se pretende satisfacer; o
- Tiene como propósito principal la regulación de la fabricación, registro, distribución, dispensación u otro control de cualquier sustancia controlada (según se define en 21 USC 802), o que se considere una sustancia controlada por la ley estatal.

Aplicación y sanciones por incumplimiento

Cumplimiento. Las Normas de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (Reglamento de Privacidad) establecen un conjunto de normas nacionales para el uso y la divulgación de la información de salud de una persona (denominada información de salud protegida) por parte de las entidades cubiertas, así como normas para otorgar a las personas derechos de privacidad para comprender y controlar cómo se utiliza su información de salud. La Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos es responsable de administrar y hacer cumplir estas normas y puede realizar investigaciones de quejas y revisiones de cumplimiento.

En consonancia con los principios para lograr el cumplimiento previstos en la Norma de Privacidad, la OCR buscará la cooperación de las entidades cubiertas y podrá proporcionar asistencia técnica para ayudarlas a cumplir voluntariamente con la Norma de Privacidad. Las entidades cubiertas que no cumplan voluntariamente con las normas podrán estar sujetas a sanciones pecuniarias civiles. Además, ciertas infracciones de la Norma de Privacidad podrán estar sujetas a un proceso penal. Estas disposiciones sobre sanciones se explican a continuación.

Sanciones pecuniarias civiles. La OCR puede imponer una sanción a una entidad cubierta por el incumplimiento de un requisito de la Norma de Privacidad. Las sanciones variarán significativamente según factores como la fecha de la infracción, si la entidad cubierta sabía o debería haber sabido del incumplimiento o si el incumplimiento de la entidad cubierta se debió a negligencia deliberada. Las sanciones

no pueden superar el límite de un año calendario por múltiples infracciones del mismo requisito.

No se impondrá una sanción por infracciones en determinadas circunstancias, como por ejemplo si:

- el incumplimiento no se debió a negligencia intencional y se corrigió durante un período de 30 días después de que la entidad supo o debería haber sabido que se había producido el incumplimiento (a menos que el período se extienda a discreción de la OCR); o
- El Departamento de Justicia ha impuesto una sanción penal por el incumplimiento (véase más abajo).

Además, la OCR puede optar por reducir una multa si el incumplimiento se debió a una causa razonable y la multa sería excesiva dada la naturaleza y el alcance del incumplimiento.

Antes de que la OCR imponga una sanción, notificará a la entidad cubierta y le brindará la oportunidad de proporcionar evidencia escrita de aquellas circunstancias que reducirían o impedirían la sanción. Esta evidencia debe presentarse a la OCR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación. Además, si la OCR declara que tiene la intención de imponer una sanción, la entidad cubierta tiene derecho a solicitar una audiencia administrativa para apelar la sanción propuesta.

Sanciones penales. Una persona que obtenga o divulgue a sabiendas información médica identificable individualmente en violación de la Regla de Privacidad puede enfrentar una sanción penal de hasta $50,000 y hasta un año de prisión. Las sanciones penales aumentan a $100,000 y hasta cinco años de prisión si la conducta ilícita involucra falsas pretensiones, y a $250,000 y hasta 10 años de prisión si la conducta ilícita involucra la intención de vender, transferir o usar información médica identificable para obtener una ventaja comercial, ganancia personal o daño malicioso. El Departamento de Justicia es responsable de los procesos penales bajo la Regla de Privacidad.

Fechas de cumplimiento

Programa de cumplimiento. Todas las entidades cubiertas, excepto los "pequeños planes de salud", debían haber cumplido con la Norma de Privacidad antes del 14 de abril de 2003. [90] Sin embargo, los pequeños planes de salud tenían hasta el 14 de abril de 2004 para cumplirla.

Planes de salud pequeños. Un plan de salud con ingresos anuales de no más de $5 millones es un plan de salud pequeño. [91] Los planes de salud que presentan ciertas declaraciones de impuestos federales e informan los ingresos en esas declaraciones deben usar la guía provista por la Administración de Pequeñas Empresas en el Código de Regulaciones Federales (CFR) 13 121.104 para calcular los ingresos anuales. Los planes de salud que no informan los ingresos al Servicio de Impuestos Internos (IRS), por ejemplo, los planes de salud grupales regulados por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA) que están exentos de presentar declaraciones de impuestos sobre la renta, deben usar medidas indirectas para

determinar sus ingresos anuales. [92] Consulte ¿Qué constituye un plan de salud pequeño?

Copias de la regla y materiales relacionados

Consulte nuestra sección Texto de regulación combinada de todas las reglas de nuestro sitio para obtener el conjunto completo de Regulaciones de simplificación administrativa de HIPAA y Comprensión de HIPAA para obtener material de orientación adicional.

¿Qué es un recibo vinculante condicional?

Un recibo vinculante condicional está involucrado en contratos de seguro de vida, salud y ciertos contratos de seguro de propiedad ; si se considera que el asegurado está cubierto por la aseguradora, la cobertura comienza en la fecha en que el asegurado recibe el recibo vinculante condicional.

Por lo general, la aseguradora debe recibir el pago de la prima junto con una solicitud completa y aceptable para que el asegurado pueda obtener el recibo. Esto también puede denominarse "recibo condicional" o "recibo vinculante", según el tipo de seguro.

Puntos clave

- Un recibo vinculante condicional está involucrado en los contratos de seguros de vida, salud y ciertos contratos de seguros de propiedad.
- Si se considera que el asegurado está cubierto por la aseguradora, la cobertura comienza en la fecha en que el asegurado recibe el recibo vinculante condicional.
- Una póliza de seguro de vida y salud sin un recibo vinculante condicional no es efectiva hasta que se entrega al asegurado y se paga la prima.
- La función de un recibo vinculante condicional en realidad se puede dividir en dos recibos separados: un recibo condicional y un recibo vinculante.

Comprensión de los recibos vinculantes condicionales

Si una prima acompaña a la solicitud, un recibo vinculante condicional establece que la cobertura estará vigente a partir de la fecha de la solicitud o del examen médico, siempre que la aseguradora hubiera emitido la cobertura sobre la base de los hechos revelados en la solicitud, el examen médico y otras fuentes habituales de información de suscripción. Una póliza de seguro de vida y salud sin un recibo vinculante condicional no entra en vigencia hasta que se entrega al asegurado y se paga la prima.

Siempre que el asegurado vaya a recibir la póliza de todos modos, la aseguradora está obligada a cubrir un siniestro en caso de que se produzca entre el momento en que se recibe la solicitud y el momento en que la póliza entra en vigor oficialmente. Sin embargo, si al asegurado se le niega la cobertura durante el proceso de suscripción habitual , la aseguradora podría anular el recibo vinculante condicional, incluso si se ha cobrado una prima.

La función de un recibo vinculante condicional en realidad se puede dividir en dos recibos separados: un recibo condicional y un recibo vinculante.

Recibos condicionales

El recibo condicional es el más común. En virtud de un recibo condicional, el solicitante y la compañía de seguros forman un contrato "condicional" que depende de las condiciones que existían cuando se completa una solicitud o un examen médico. En él se estipula que el solicitante está cubierto de inmediato siempre que apruebe los requisitos de evaluación de la aseguradora. Es responsabilidad del agente de seguros informar al solicitante que está cubierto con la condición de que demuestre que es asegurable y apruebe un examen médico si se lo exigen.

Un recibo condicional le otorga a la compañía de seguros un período de tiempo durante el cual puede, en última instancia, emitir o rechazar la aprobación de la póliza. Si durante este período, el solicitante de un contrato de seguro de vida muere, la compañía pagará un beneficio por muerte si la póliza se hubiera emitido.

Recibos vinculantes

Un recibo vinculante indica que una póliza de seguro entra en vigencia al recibir el pago inicial de la prima. Sin embargo, si el asegurado muere antes de que se procese la solicitud, los beneficios se pagarán en su totalidad, sujetos a limitaciones.

El recibo vinculante vincula a una aseguradora al contrato incondicionalmente cuando se deben pagar beneficios hasta los límites de la póliza.

Entrega presencial

Es fundamental entregar con prontitud todas las pólizas y contratos a los clientes. La entrega con prontitud ayuda a:

- Iniciar el cronograma del período de revisión libre
- Asegúrese de que el cliente reciba un servicio de calidad
- Construir relaciones entre profesionales financieros y clientes.
- Obtenga referencias de alta calidad
- Mejorar la imagen profesional del profesional financiero
- Mejorar la persistencia

Oferta de examen

La oferta de revisión es una cláusula estándar en todos los contratos vigentes. Da derecho al propietario a un reembolso si cancela la póliza dentro de los diez días (en la mayoría de los casos) posteriores a la fecha de entrega del contrato.

La oferta de examen de dichas solicitudes comienza cuando el propietario recibe el contrato, no cuando se lo envía por correo desde la oficina central o lo recibe el profesional financiero. Por lo tanto, es esencial que la póliza se entregue con prontitud y se obtenga un recibo de entrega.

Si es Profesional Financiero...	Posibles resultados...	Entonces...
Retrasos en la entrega	• Violación de la política de la empresa	La dirección de la agencia debe:

	• El período de prueba gratuito no comienza hasta la entrega al cliente. • La póliza o contrato puede no aceptarse, lo que da como resultado comisiones revertidas. • Pérdida de buena voluntad y referencias • Queja de cliente • Daño a la reputación (de profesionales financieros y de empresas) • Revisión de la conducta empresarial • Sanciones contra profesionales financieros	• Entregar póliza/contrato • Obtener recibo de entrega firmado • Informar al cliente sobre el período de prueba gratuito • Asesorar a un profesional financiero sobre las políticas de entrega de la empresa y asegurarse de que todas se entreguen con prontitud.
No obtiene recibo de entrega firmado	• Violación de la política de la empresa • El período de prueba gratuito puede no comenzar hasta que el propietario firme. • La póliza o contrato puede no aceptarse, lo que da como resultado comisiones revertidas. • Pérdida de buena voluntad y referencias • Queja de cliente • Reclamo por errores y omisiones • Daño a la reputación • Revisión de la conducta empresarial • Sanciones contra profesionales financieros	La dirección de la agencia debe: • Entregar póliza/contrato • Obtener recibo de entrega firmado • Informar al cliente sobre el período de prueba gratuito • Asesorar a un profesional financiero sobre las políticas de entrega de la empresa y asegurarse de que todas se entreguen con prontitud.
Acepta o solicita al cliente, o presenta, un recibo de entrega	• Violación de la política de la empresa	Gestión de la agencia:

firmado por alguien que no sea el cliente	• Violación de la confidencialidad o privacidad • Recibo de entrega nulo • Es posible que se requiera un nuevo período de prueba gratuito • Revocación de la comisión • Queja de cliente • Revisión de la conducta empresarial • Poner en peligro el contrato con Principal Life • Sanciones contra profesionales financieros	• Ayuda a la oficina central con la conducta empresarial • Entrega la póliza/contrato • Obtener recibo de entrega firmado • Informa al cliente sobre el período de prueba gratuito • Revisa las acciones tomadas con el profesional financiero.
Comunica mal la información médica	• Violación de las leyes de privacidad o confidencialidad • Queja de cliente • Revisión de la conducta empresarial • Poner en peligro el contrato con Principal Life • Sanciones contra profesionales financieros	Gestión de la agencia: • La solicitud puede ser rechazada • Entregar póliza/contrato • Obtener recibo de entrega firmado • Informa al cliente sobre el período de prueba gratuito • Ayuda a la oficina central con la revisión de la conducta empresarial y cualquier acción tomada con profesionales financieros.
Mantiene la posesión de la póliza o contrato	• Incumplimiento de los requisitos de entrega de la empresa • Violación de las regulaciones estatales • Recibo de entrega nulo • Es posible que se requiera un nuevo período de prueba gratuito	Gestión de la agencia: • Entrega la póliza/contrato • Obtiene el recibo de entrega firmado • Informa al cliente sobre el período de prueba gratuito • Ayuda a la oficina central con la revisión de la conducta empresarial y cualquier acción

	• Revocación de la comisión • Queja de cliente • Reclamo por errores y omisiones • Poner en peligro el contrato con Principal Life • Revisión de la conducta empresarial • Sanciones contra profesionales financieros	tomada con profesionales financieros.
Abre carta personal y confidencial antes de entregarla al cliente	• Violación de la política de la empresa • Violación de las leyes de privacidad o confidencialidad • Queja de cliente • Revisión de la conducta empresarial • Poner en peligro el contrato con Principal Life • Sanciones contra profesionales financieros	Gestión de la agencia: • Notifica a Conducta Empresarial y Suscriptor • Ayuda a la oficina central con la revisión de la conducta empresarial y cualquier acción tomada con profesionales financieros. • Ayuda a la oficina central con cualquier acción realizada con el cliente.
No entrega Guía del comprador	• Violación de la regulación estatal • Violación de la política de la empresa • Queja de cliente • Revisión de la conducta empresarial • Poner en peligro el contrato con Principal Life • Sanciones contra profesionales financieros	La dirección de la agencia debe: • Entregar póliza/contrato y Guía del comprador • Obtuve el recibo de entrega firmado • Informar al cliente sobre el período de prueba gratuito • Ayudar a la oficina central con la revisión de la conducta empresarial y cualquier acción tomada con respecto a los profesionales financieros.

Entrega por correo

Las solicitudes que se hayan recibido por correo postal podrán dar lugar a que la póliza o contrato emitido se entregue por correo postal. El profesional financiero deberá:

1. Cumplir con todas las pautas, políticas y requisitos estatales de la empresa.
2. Llamar al cliente lo antes posible después de recibir la póliza/contrato.
3. Revise con el cliente la póliza/contrato, recibo de entrega, formularios de enmiendas y cláusulas adicionales.
4. Envíe por correo la póliza/contrato y otros formularios requeridos al cliente.
5. Realice un seguimiento periódico para garantizar que el recibo de entrega, la Parte D firmada y cualquier otro requisito de entrega se firmen y devuelvan rápidamente.

Elementos de un contrato de seguro

¿Qué significa elementos de un contrato de seguro?

Los elementos de un contrato de seguro son las condiciones estándar que deben cumplir o aceptar ambas partes del contrato (el asegurado y la compañía de seguros). En materia de seguros, son las condiciones fundamentales del contrato de seguro que vinculan a ambas partes, validan la póliza y la hacen exigible por ley.

Al firmar el contrato de seguro, usted básicamente ha aceptado cumplir con los diferentes elementos. Si no se cumplen todos los elementos de un contrato de seguro, la póliza puede no ser válida, lo que significa que las obligaciones de ambas partes pueden no ser exigibles ante un tribunal.

Los elementos de un contrato de seguro son muy similares a los que se requieren para cualquier otro contrato legalmente vinculante, con algunos elementos adicionales que son específicos de los contratos de seguro. Es necesario que ambos tipos de elementos estén presentes para que se pueda elaborar una póliza de seguro válida y adecuada.

Explicación de los elementos de un contrato de seguro

Para que un contrato de seguro sea legalmente vinculante, el documento debe cumplir con los elementos esenciales requeridos para todos los contratos legalmente vinculantes, además de algunos elementos especiales que son específicos y requeridos por los contratos de seguro.

Hablemos primero de los elementos que deben cumplir los contratos jurídicamente vinculantes en general:

- **Oferta y aceptación** : se refiere a una oferta que se hace y luego es aceptada por la otra parte. Cuando cumples con este requisito legal, estás diciendo que se han resuelto todas las negociaciones y que has llegado a un acuerdo. Esto también suele denominarse "acuerdo" o "acuerdo de voluntades". En el contexto de los seguros, eso significa que has presentado una solicitud a la compañía de seguros, que la han aceptado y que has aceptado los términos de la póliza que te ofrecieron.
- **Contraprestación** : se refiere a un intercambio justo de valor. Un contrato en el que una parte obtiene todo mientras que la otra no aporta nada no cumple con este

requisito. En el ejemplo de una póliza de seguros, usted les paga las primas mientras que ellos le ofrecen una promesa de pagar las reclamaciones en el futuro.

- **Capacidad jurídica** : para cumplir con este requisito, todas las partes del contrato deben tener la capacidad jurídica o la competencia para celebrar un contrato. Esto significa que debe cumplir ciertos requisitos, como ser mayor de edad en su jurisdicción y tener la capacidad mental para comprender lo que está firmando y aceptando.
- **Finalidad legal** : Obviamente, los tribunales no harán cumplir un contrato que no sea legal. Por ejemplo, un contrato para la prestación de servicios ilegales no sería un contrato legal y válido porque el curso no lo haría cumplir.

Los demás elementos requeridos son específicos de los contratos de seguro:

- Indemnidad.
- Interés asegurable.
- Máxima buena fe.
- Subrogación.
- Asignación y nominación.
- Garantías.
- Causa próxima.
- Devolución de Prima.

¿Qué significa Contrato de Seguro de Adhesión?

El contrato de seguro de adhesión es un contrato en el que una de las partes enuncia las cláusulas del contrato mientras que la otra parte no participa en su redacción, pero sí en aceptarlo o rechazarlo. Una póliza de seguro se conoce como contrato de adhesión.

En la mayoría de los contratos, todas las partes intervienen en la redacción o los detalles antes de llegar a un acuerdo y hacerlo jurídicamente vinculante. En el caso de los seguros, no es así. La póliza de seguro estándar ya tiene sus propios términos y condiciones antes de que el asegurado la firme y la compre. La participación del cliente del seguro a menudo consiste únicamente en consentir o disentir (no comprar) con la póliza que se le presenta. Eso explica por qué un contrato de seguro se considera un contrato de adhesión.

Sin embargo, existen pólizas en las que el asegurado puede hacer modificaciones mediante cláusulas adicionales. En algunas pólizas de seguro de automóvil, el asegurado puede agregar una cláusula más adelante, como agregar más riesgos a cubrir o agregar más nombres a la póliza.

¿Qué es un contrato aleatorio?

Un contrato aleatorio es un acuerdo por el cual las partes involucradas no tienen que realizar una acción particular hasta que ocurra un evento desencadenante específico. Los eventos son aquellos que no pueden ser controlados por ninguna de las partes, como los desastres naturales y la muerte. Los contratos aleatorios se utilizan comúnmente en las pólizas de seguros. Por ejemplo, la aseguradora no tiene que pagar al asegurado hasta que se produzca un evento, como un incendio que resulte en una pérdida de propiedad. Los contratos aleatorios, también llamados seguros aleatorios, son útiles porque generalmente ayudan al comprador a reducir el riesgo financiero.1

Puntos clave

- Un contrato aleatorio es un acuerdo mediante el cual las partes involucradas no tienen que realizar una acción particular hasta que ocurra un evento específico.
- Los eventos desencadenantes aleatorios en los contratos son aquellos que no pueden ser controlados por ninguna de las partes, como los desastres naturales o la muerte.
- Las pólizas de seguro utilizan contratos aleatorios mediante los cuales la aseguradora no tiene que pagar al asegurado hasta que se produzca un evento, como un incendio que resulte en una pérdida de propiedad.1

Entendiendo un contrato aleatorio

Los contratos aleatorios están históricamente relacionados con los juegos de azar y aparecieron en el derecho romano como contratos relacionados con eventos fortuitos. En el ámbito de los seguros, un contrato aleatorio se refiere a un acuerdo de seguro en el que los pagos al asegurado no están equilibrados. Hasta que la póliza de seguro resulte en un pago , el asegurado paga las primas sin recibir nada a cambio, excepto la cobertura. Cuando se producen los pagos, pueden superar con creces la suma de las primas pagadas a la aseguradora. Si el evento no ocurre, la promesa descrita en el contrato no se cumplirá.

Cómo funcionan los contratos aleatorios

La evaluación de riesgos es un factor importante para la parte que asume un riesgo mayor al considerar la celebración de un contrato aleatorio. Las pólizas de seguro de vida se consideran contratos aleatorios, ya que no benefician al asegurado hasta que se produce el evento en sí (muerte). Solo entonces la póliza permitirá la cantidad de dinero o los servicios acordados en el contrato aleatorio. La muerte de una persona es un evento incierto, ya que nadie puede predecir de antemano con certeza cuándo morirá el asegurado. Sin embargo, la cantidad que recibirá el beneficiario del asegurado es con seguridad mucho mayor que la que el asegurado ha pagado como prima.

En ciertos casos, si el asegurado no ha pagado las primas regulares para mantener la póliza en vigor, la aseguradora no está obligada a pagar el beneficio de la póliza, aun cuando el asegurado haya realizado algunos pagos de primas por la póliza. En otros tipos de contratos de seguro, si el asegurado no muere durante el plazo de vigencia de

la póliza, no se pagará nada al vencimiento, como en el caso del seguro de vida a término.

Anualidades y contratos aleatorios

Otro tipo de contrato aleatorio en el que cada parte asume un nivel definido de exposición al riesgo es una anualidad . Un contrato de anualidad es un acuerdo entre un inversor individual y una compañía de seguros mediante el cual el inversor paga una suma global o una serie de primas al proveedor de la anualidad. A cambio, el contrato obliga legalmente a la compañía de seguros a pagar pagos periódicos al titular de la anualidad, llamado rentista, una vez que este alcance un determinado hito, como la jubilación. Sin embargo, el inversor podría correr el riesgo de perder las primas pagadas en la anualidad si retira el dinero demasiado pronto. Por otro lado, la persona podría vivir una vida larga y recibir pagos que excedan con creces el monto original que se pagó por la anualidad.

Los contratos de anualidades pueden ser muy útiles para los inversores, pero también pueden ser extremadamente complejos. Existen varios tipos de anualidades, cada una con sus propias reglas, que incluyen cómo y cuándo se estructuran los pagos, los cronogramas de tarifas y los cargos por rescate (si el dinero se retira demasiado pronto).

Leyes del estado de Georgia que tratan sobre seguros

Código de Georgia § 33-2-1 a 6; 9 a 32

CÓDIGO DE GEORGIA 2023

Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8)

Capítulo 2 - DEPARTAMENTO Y COMISIONADO DE SEGUROS (§§ 33-2-1 — 33-2-34)

Artículo 33-2-1 - Creación del departamento; Comisionado, funcionario principal del departamento; poderes y deberes del departamento y del Comisionado en general

Se crea el Departamento de Seguros del Estado de Georgia. El funcionario principal de dicho departamento será el Comisionado de Seguros. El propósito y la función del departamento y los deberes y poderes del Comisionado serán los creados y conferidos por este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Código de Georgia § 33-2-10 a 13

CÓDIGO DE GEORGIA 2023

Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8)

Capítulo 2 - DEPARTAMENTO Y COMISIONADO DE SEGUROS (§§ 33-2-1 — 33-2-34)

Artículo 33-2-11 - Examen de aseguradores y organizaciones; efecto del cambio de domicilio del asegurador desde Georgia

Cita universal:

Código de Georgia § 33-2-11 (2023)

Más información

Anterior

Próximo

(a) Siempre que el Comisionado lo considere conveniente, examinará, ya sea en persona o por medio de un examinador debidamente autorizado por el Comisionado, los asuntos, transacciones, cuentas, registros, documentos y activos de cada aseguradora autorizada a hacer negocios en este estado y cualquier otro hecho relativo a sus métodos comerciales, administración y tratos con los asegurados. Al menos una vez cada cinco años, el Comisionado examinará de esta manera a cada aseguradora nacional. El examen de una aseguradora extranjera se limitará a sus transacciones de seguros en los Estados Unidos.

(b) Cuando lo considere necesario, al menos una vez cada cinco años, el Comisionado examinará en forma completa cada organización de calificación autorizada en este estado. Con la frecuencia que lo considere necesario, podrá examinar cada organización asesora y cada grupo, asociación u organización de suscripción conjunta o reaseguro conjunto.

(c) El Comisionado examinará de la misma manera a cada asegurador u organización de calificación que solicite autorización para realizar negocios en este estado.

(d) En lugar de un examen conforme a esta sección del Código de cualquier asegurador extranjero o extranjero con licencia en este estado, el Comisionado puede aceptar un informe de examen sobre dicho asegurador preparado por el departamento de seguros del estado de domicilio o puerto de entrada de dicho asegurador hasta el 1 de enero de 1994. A partir del 1 de enero de 1994, dichos informes pueden aceptarse solamente si:

(1) El departamento de seguros estaba, en el momento en que se realizó el examen, acreditado bajo los estándares de regulación financiera y el programa de acreditación de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros; o

(2) El examen se realizó bajo la supervisión de un departamento de seguros acreditado o con la participación de uno o más examinadores que son empleados de un departamento de seguros estatal acreditado y que, después de revisar los documentos de trabajo y el informe del examen, declaran bajo juramento que el examen se realizó de manera consistente con los estándares y procedimientos requeridos por su departamento de seguros.

(e) Cualquier asegurador autorizado para realizar transacciones de seguros en este estado que cambie su domicilio de Georgia a otro estado a partir del 1 de abril de 1988, podrá ser examinado por el Comisionado una vez al año durante cinco años, a partir del día en que se produzca el cambio de domicilio; sin embargo, esta subsección no se aplicará a un asegurador que cambie su domicilio de Georgia a otro estado mientras mantenga en este estado su lugar principal de negocios y los registros completos de sus activos, transacciones y asuntos.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 769, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Código de Georgia § 33-6-6

Reportar quejas y fraudes

Quejas de consumidores

El Departamento de Servicios al Consumidor es el brazo de investigación de OCI. Nuestro trabajo es garantizar un trato justo y equitativo entre aseguradoras, agentes y asegurados. Si tiene una queja sobre su proveedor o agente de seguros, o sobre cómo se está manejando un reclamo, es posible que podamos ayudarlo a resolver el problema.

Los consumidores y proveedores también pueden utilizar nuestro portal de quejas para informar presuntas violaciones de la paridad en materia de salud mental por parte de las aseguradoras de Georgia.

Cómo presentar una queja de consumidor

Fraude de seguros

La misión de la Oficina del Comisionado de Seguros y Seguridad de la División de Investigaciones Criminales contra Incendios (OCI-CID) es proteger a los ciudadanos de Georgia contra pérdidas económicas y victimización mediante la investigación exhaustiva de individuos y organizaciones criminales sospechosas de cometer actos fraudulentos de seguros y otros delitos relacionados.

Cómo denunciar un presunto fraude de seguros

Quejas sobre atención médica administrada

La División de Servicios al Consumidor trabaja para resolver problemas complejos de reclamos entre proveedores de atención médica y aseguradoras de atención administrada. Si usted es un proveedor y tiene una queja, enviarla a través del **Portal de quejas del consumidor** es el proceso de queja preferido y más rápido.

Código de Georgia § 33-6-9

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-1-1 — 33-1-27) Sección 33-1-9 - Fraude de seguros; jurisdicción; sanción; exención

- **(a)** Cualquier persona física que, consciente o voluntariamente:
  - **(1)** Hace o ayuda a hacer cualquier declaración o representación falsa o fraudulenta de cualquier hecho o cosa material:
    - **(A)** En cualquier declaración o certificado escrito;
    - **(B)** En la presentación de una reclamación;
    - **(C)** Al presentar una solicitud de póliza de seguro;
    - **(D)** Al recibir una solicitud de póliza de seguro; o

- **(E)** En la recepción de dinero por dicha solicitud de póliza de seguro

con el propósito de obtener o intentar obtener el pago de cualquier reclamo falso o fraudulento u otro beneficio por parte de una aseguradora;

- **(2)** Recibe dinero con el propósito de comprar un seguro y convierte dicho dinero en beneficio propio;

- **(3)** Emite pólizas de seguro, certificados de seguro, tarjetas de identificación de seguro o pólizas de seguro falsas o falsificadas; o

- **(4)** Hace cualquier representación falsa o fraudulenta sobre la muerte o incapacidad de un titular de póliza o certificado en cualquier declaración o certificado escrito con el propósito de obtener fraudulentamente dinero o beneficio de una aseguradora.

comete el delito de fraude de seguros.

- **(b)** Cualquier persona física que consciente y deliberadamente o con negligencia temeraria participe en las siguientes actividades, ya sea directa o indirectamente, como agente, representante o en nombre de una aseguradora no autorizada a realizar transacciones de seguros en este estado, comete el delito de fraude de seguros:

- **(1)** Solicitar, negociar, procurar o efectuar contratos de seguros o rentas vitalicias o renovaciones de los mismos;

- **(2)** Solicitar, negociar, procurar o efectuar cualquier contrato relacionado con beneficios o servicios;

- **(3)** Difundir información sobre cobertura o tarifas;

- **(4)** Reenvío de solicitudes;

- **(5)** Entregar pólizas o contratos;

- **(6)** Inspeccionar o evaluar el riesgo;

- **(7)** Fijación de tarifas;

- **(8)** Investigar o ajustar reclamaciones o pérdidas;

- **(9)** La recaudación o remisión de primas; o

- **(10)** De cualquier otra manera representar o ayudar a dicho asegurador en la transacción de seguros con respecto a objetos de seguros residentes, ubicados o que se realizarán en este estado.

- **(c)** Cualquier persona natural que, a sabiendas y deliberadamente, con la intención de defraudar, suscriba, haga o concurra en hacer cualquier declaración anual o de otro tipo que la ley debe presentar ante el Comisionado y que contenga cualquier declaración material que sea falsa, comete el delito de fraude de seguros.

- **(d)** En cualquier proceso penal en virtud de esta sección del Código, el delito se considerará cometido en el condado de la supuesta pérdida, en el condado en el que la aseguradora o el agente de la aseguradora recibió el reclamo o solicitud fraudulenta o

falsa, en el condado en el que se recibió el dinero por la solicitud fraudulenta o en cualquier condado en el que se cometió cualquier acto para promover el plan delictivo.

- **(e)** Una persona natural condenada por una violación de esta sección del Código será culpable de un delito grave y será castigada con pena de prisión no menor de dos ni mayor de diez años, o con una multa no mayor de $10,000.00, o ambas.

- **(f)** La subsección (b) de esta sección del Código no se aplicará a un contrato de seguro celebrado de conformidad con el Artículo 2 del Capítulo 5 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2004 583, § 1A, en vigencia a partir del 13/5/2004.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2003 276, § 1, en vigencia a partir del 3/6/2003.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2003 97, § 1.2, en vigencia a partir del 30/5/2003.

Código de Georgia § 33-3-1

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-1 - Definiciones

Tal como se utiliza en este capítulo, el término:

- **(1)** "Supervisión administrativa" significa la operación continua de la compañía bajo la supervisión del Comisionado de acuerdo con los reglamentos promulgados por el Comisionado.

- **(2)** Asegurador "extranjero" significa un asegurador constituido bajo las leyes de un país distinto de los Estados Unidos.

- **(3)** "Carta" significa artículos de constitución, artículos de acuerdo, artículos de asociación u otro documento constitutivo básico de una corporación; acuerdo de suscriptores y poder notarial de una aseguradora recíproca; o acuerdo de suscriptores y poder notarial de una aseguradora de Lloyd's.

- **(4)** Aseguradora "nacional" significa una aseguradora constituida conforme a las leyes de Georgia.

- **(5)** Asegurador "extranjero" significa un asegurador constituido bajo las leyes de otro estado o gobierno de los Estados Unidos.

- **(6)** "Estado" significa cualquier estado, mancomunidad, territorio o distrito de los Estados Unidos.

- **(7)** "Estados Unidos" incluye los estados, territorios, distritos y mancomunidades de los Estados Unidos.

Código de Georgia § 33-14-2

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 14 - ASEGURADORAS MUTUAS Y DE GANANCIAS NACIONALES (§§ 33-14-1 — 33-14-128) Artículo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-14-1 — 33-14-27) Sección 33-14-2 - Definiciones

Tal como se utiliza en este capítulo, el término:

- **(1)** "Aseguradora mutua" significa una aseguradora incorporada sin capital social ni acciones que es propiedad de sus asegurados y está gobernada por ellos.
- **(2)** "Aseguradora de acciones" significa una aseguradora constituida en sociedad con capital dividido en acciones y propiedad de sus accionistas.

Código de Georgia § 33-3-2 a 5; 33-3-13 a 30

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-2 - Certificado de autoridad requerido para la transacción de seguros dentro del estado; excepciones

- **(a)** Ninguna persona actuará como asegurador y ningún asegurador realizará transacciones de seguros en Georgia excepto según lo autorizado por un certificado de autoridad vigente que le haya otorgado el Comisionado, excepto en lo que respecta a transacciones que se prevén expresamente de otro modo en este título.
- **(b)** La mera investigación y ajuste de cualquier reclamación en este estado que surja de un contrato de seguro y litigio relacionado con el mismo no se considerará como una transacción de seguro en este estado.
- **(c)** Una aseguradora que no realiza nuevas transacciones de seguros en Georgia, pero continúa con la recaudación de primas y el servicio de pólizas que permanecen en vigor para residentes o riesgos ubicados en Georgia, está realizando transacciones de seguros en Georgia únicamente a los efectos de los requisitos de impuestos sobre las primas y no está obligada a tener un certificado de autorización para ello.
- **(d)** En cuanto a una cobertura de seguro sobre un sujeto de seguro que no reside, no está ubicado o no se realizará expresamente en Georgia al momento de la emisión y se solicita, escribe y entrega fuera de Georgia, no se requerirá ningún certificado de autoridad de un asegurador en cuanto a transacciones posteriores en Georgia por cuenta de dicho seguro; y este título no se aplicará a dicho seguro o cobertura de seguro, excepto para los fines de los requisitos de impuestos a las primas.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-3 - Calificaciones para la transacción de seguros en general; transacción de seguros por aseguradoras propiedad de estados, gobiernos extranjeros

- **(a)** Para calificar y mantener la autoridad para realizar transacciones de seguros en Georgia, una aseguradora debe cumplir con las disposiciones de este título y con sus poderes estatutarios y debe ser una aseguradora por acciones incorporada, una aseguradora mutua incorporada, una sociedad de beneficio fraternal, una compañía de seguros mutuos contra incendios para agricultores, una asociación Lloyd's o una aseguradora recíproca del mismo tipo general que pueda formarse como una aseguradora nacional bajo este título, excepto que ninguna aseguradora extranjera o extranjera estará autorizada a realizar transacciones de seguros en Georgia que no mantenga reservas como lo requiere el Capítulo 10 de este título aplicable al tipo o tipos de seguros negociados en los Estados Unidos por dicha aseguradora.

- **(b)** No se emitirá, renovará ni continuará en vigencia ningún certificado de autoridad o licencia para realizar cualquier tipo de negocio de seguros en este estado a ninguna compañía de seguros nacional, extranjera o extranjera u otra entidad de seguros que sea propiedad o esté controlada financieramente en su totalidad o en parte sustancial por cualquier estado de los Estados Unidos, por un gobierno extranjero o por cualquier subdivisión política, instrumentalidad o agencia de cualquiera de ellos o que sea una agencia de dicho estado o gobierno extranjero o cualquier subdivisión política, instrumentalidad o agencia de cualquiera de ellos, a menos que dicha compañía o entidad fuera propiedad de, controlada o constituida antes del 1 de enero de 1957 y estuviera autorizada para hacer negocios en este estado en o antes de dicha fecha.

- **(c)** La membresía en una aseguradora mutua, la suscripción a una aseguradora recíproca o la supervisión de una aseguradora por una autoridad supervisora de seguros públicos no se considerará propiedad, control u operación de la aseguradora para los fines de la subsección (b) de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2017 52, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2017.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-4 - Tipos de seguros que las aseguradoras pueden realizar transacciones

Una aseguradora que de otra manera califique para realizar transacciones de seguros en Georgia puede estar autorizada a realizar transacciones de cualquier tipo o combinación de tipos de seguros según se define en el Capítulo 7 de este título, excepto:

- **(1)** El asegurador recíproco no podrá realizar operaciones de seguro de vida;

- **(2)** Una aseguradora de Lloyd's no podrá realizar transacciones de seguros de vida; y

- **(3)** Un asegurador de títulos será un asegurador de acciones y estará autorizado a realizar transacciones únicamente de seguros de títulos y cartas de protección de cierre, de conformidad con la Sección 33-7-8.1 del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-15, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 734, § 1, en vigencia a partir del 5/2/2012.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-5 - Clasificación de los tipos de seguros

Para los efectos de este capítulo, las clases de seguros definidos en el Capítulo 7 de este título se ordenarán en las seis clases siguientes:

- **(1)** Vida, accidente y enfermedad;
- **(2)** Propiedad, marina y transporte;
- **(3)** Accidente;
- **(4)** Fianza;
- **(5)** Título; y
- **(6)** Organización del mantenimiento de la salud.

Cada uno de los grupos numerados (1) al (6) constituirá una clase de seguro.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-16, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-13 - Información requerida en la solicitud de certificado de autoridad o adjunta a la misma

Anterior Siguiente

Para solicitar un certificado de autoridad original, una aseguradora deberá presentar ante el Comisionado su solicitud para el mismo mostrando su nombre, ubicación de su oficina central o su oficina principal existente o propuesta en los Estados Unidos si es una aseguradora extranjera, tipos de seguros a ser negociados, fecha de organización o incorporación, forma de organización, estado o país de domicilio, los nombres y direcciones de todos los funcionarios generales de la compañía con el número de acciones del capital social de la compañía en poder de o para cada uno de dichos funcionarios generales o de otros para su beneficio, y el porcentaje del capital social total de la compañía en poder de cada uno de dichos funcionarios generales, la fecha en que la compañía comenzó a hacer negocios, los estados en los que está admitida para hacer negocios y cualquier información adicional que el Comisionado pueda requerir, junto con los siguientes documentos aplicables:

- **(1)** Una copia de su estatuto corporativo con todas las modificaciones a los mismos certificada por el funcionario público en quien se encuentran los originales archivados en el estado o país de domicilio;

- **(2)** Una copia de sus estatutos, según enmendados, certificada por su secretario u otro funcionario que tenga su custodia;

- **(3)** Si se trata de una aseguradora extranjera o extranjera, una copia de su estado de cuenta anual al 31 de diciembre del año anterior en un formato aprobado para uso actual por el Comisionado y certificado por dos funcionarios de la compañía. El estado de cuenta anual de una aseguradora extranjera que haya entrado en el mercado a través de otro estado y cuya sucursal en los Estados Unidos esté autorizada para realizar transacciones de seguros en otro estado se referirá únicamente a las transacciones y asuntos en los Estados Unidos, a menos que el Comisionado exija lo contrario;

- **(4)** Una copia del informe del último examen, si lo hubiere, realizado al asegurador, certificado por el funcionario supervisor de seguros de su estado o país de domicilio o de entrada a los Estados Unidos;

- **(5)** Si se trata de una aseguradora extranjera o extranjera, una copia del nombramiento del Comisionado como su abogado para recibir la notificación del proceso legal;

- **(6)** Si se trata de una aseguradora extranjera o extranjera, un certificado del funcionario público que tenga la supervisión de seguros en su estado o país de domicilio que demuestre que está autorizado para realizar transacciones de los tipos de seguros que se propone realizar en Georgia;

- **(7)** Si se trata de una aseguradora extranjera, una copia del nombramiento y la autorización de su gerente en los Estados Unidos certificada por el funcionario que tenga la custodia de sus registros;

- **(8)** Si se trata de una aseguradora extranjera o extranjera, certificado de depósito si se presentará de conformidad con la Sección 33-3-8 del Código; y

- **(9)** Si un asegurador extranjero ingresa a través de este estado para realizar transacciones de seguros en los Estados Unidos a través de una sucursal de los Estados Unidos, una traducción al inglés, según sea necesario, de cualquiera de los documentos requeridos bajo esta sección del Código.

CÓDIGO DE GEORGIA 2023

Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8)

Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30)

Artículo 33-3-14 - Tarifa de solicitud

Toda solicitud original deberá estar acompañada de la tarifa requerida por la Sección 33-8-1 del Código, que será devuelta al solicitante si la solicitud es finalmente denegada.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-15 - Emisión o rechazo de certificado de autoridad en

general; determinación de si la aseguradora cumple con la definición de reaseguradora; designación en el certificado

- **(a)** Al presentarse una solicitud de certificado de autorización original, el Comisionado tendrá 90 días para aprobar la solicitud mediante la emisión de un certificado de autorización apropiado o para desaprobar la solicitud mediante la emisión de una orden que establezca los motivos de dicha desaprobación. El Comisionado podrá extender dicho período de 90 días por otros 90 días notificando por escrito al solicitante sobre dicha extensión. Si la solicitud no se aprueba o se desaprueba dentro de dicho período o períodos, la solicitud se considerará aprobada y el Comisionado emitirá el certificado de autorización apropiado.

- **(b)** El certificado, si se emite, deberá especificar el tipo o tipos de seguros que la aseguradora está autorizada a contratar en Georgia. A pedido de la aseguradora, el Comisionado podrá emitir un certificado de autorización limitado a tipos particulares de seguros incluidos dentro de un tipo de seguro según se define en este título.

- **(c)** El Comisionado determinará si la aseguradora es una reaseguradora y así lo indicará en el certificado. Tal como se utiliza en esta subsección, el término "reaseguradora" significa una aseguradora que se dedica principalmente al negocio de reaseguros, no realiza montos significativos de seguros directos como porcentaje de sus primas netas y no se dedica de manera continua al negocio de solicitar seguros directos.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 218, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2011.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-16 - Vencimiento del certificado; procedimiento de renovación; enmienda del certificado por parte del Comisionado

Anterior Siguiente

- **(a)** Todos los certificados de autoridad vencerán a las 12:00 de la medianoche del 30 de junio del año siguiente a la fecha de emisión o renovación. Una aseguradora que desee renovar deberá presentar el 1 de marzo anterior a la fecha de vencimiento una copia de su declaración anual del 31 de diciembre del año anterior en un formato aprobado para uso actual por el Comisionado. El 1 de marzo de cada año o antes, cada aseguradora, a su cargo, publicará en un periódico de circulación general publicado en este estado una copia de dicha declaración en forma abreviada que muestre los ingresos, activos, gastos y pasivos en cifras brutas al 31 de diciembre del año anterior, que deberá ser jurada por el funcionario o agente que la realice; y dicha declaración publicada de esa manera deberá presentarse ante el Comisionado con una copia de la declaración tal como se publicó adjunta a la misma. A pesar de la fecha límite del 1 de marzo, el Comisionado podrá, por una buena causa, conceder una extensión de tiempo para presentar dicha declaración anual que no exceda los 60 días. Si la aseguradora califica, su certificado se renovará anualmente; siempre que

cualquier certificado de autoridad continúe en pleno vigor y efecto hasta que se expida o rechace específicamente el nuevo certificado.

- **(b)** El Comisionado podrá enmendar un certificado de autoridad en cualquier momento para adaptarlo a los cambios en los estatutos del asegurador o en sus poderes de aseguramiento.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-17 - Rechazo, revocación o suspensión discrecional del certificado en general

Además de cualquier otro motivo establecido en este título, el Comisionado podrá negarse a emitir un certificado de autoridad o, después de una audiencia, negarse a renovarlo o podrá revocar o suspender el certificado de autoridad de una aseguradora o colocar a una aseguradora bajo supervisión administrativa si la aseguradora:

- **(1)** Viole cualquier disposición de este título excepto aquellas respecto de las cuales la denegación, suspensión o revocación es obligatoria;

- **(2)** A sabiendas no cumple o viola cualquier regla, reglamento u orden del Comisionado;

- **(3)** El Comisionado considera que está en malas condiciones o en condiciones tales que sus futuras transacciones de seguros en Georgia sean peligrosas para sus asegurados o para el público;

- **(4)** Como un plan o complot general sin causa justa obliga a los reclamantes a aceptar menos de la cantidad que se les debe o a presentar una acción en su contra para asegurar el pago total;

- **(5)** Se niega a ser examinado o a presentar sus cuentas, registros y archivos para su examen por el Comisionado cuando se lo requiera; o se niega a proporcionar cualquier otra información adicional que el Comisionado considere necesaria para considerar la solicitud de renovación del certificado de autoridad de dicha aseguradora;

- **(6)** No paga cualquier sentencia definitiva dictada en su contra en Georgia dentro de los 30 días posteriores a que dicha sentencia se vuelva definitiva; o

- **(7)** Está afiliado y bajo la misma administración general o dirección interconectada o propiedad que otra aseguradora que realiza transacciones de seguros directos en Georgia sin tener un certificado de autoridad para ello, excepto según lo permitido a una aseguradora de línea excedente bajo el Capítulo 5 de este título o una compañía holding de seguros bajo el Capítulo 13 de este título.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-18 - Supervisión administrativa o suspensión del certificado de autoridad por causa justificada

El Comisionado podrá, sin previo aviso ni audiencia al respecto, colocar a una aseguradora bajo supervisión administrativa o suspender inmediatamente el certificado de autoridad de cualquier asegurador:

- **(1)** En relación con qué procedimientos de administración judicial, curatela, rehabilitación u otros procedimientos de morosidad se han iniciado en cualquier estado por el funcionario supervisor de seguros públicos de dicho estado;
- **(2)** Cuya autoridad para hacer negocios en cualquier estado haya sido revocada, suspendida o restringida de cualquier manera por el funcionario supervisor de seguros públicos de dicho estado; o
- **(3)** Si durante el examen o en cualquier otro momento se determina, a criterio del Comisionado, que:
  - **(A)** La condición del asegurador hace que la continuidad de su negocio sea peligrosa para el público o para sus asegurados;
  - **(B)** La aseguradora excedió sus poderes otorgados bajo su certificado de autoridad y la ley aplicable;
  - **(C)** El asegurador no ha cumplido con las disposiciones aplicables de este título;
  - **(D)** El negocio de la aseguradora se está llevando a cabo de manera fraudulenta; o
  - **(E)** El asegurador da su consentimiento.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-19 - Rechazo, revocación o suspensión obligatoria del certificado

El Comisionado se negará a expedir o renovar o revocará o suspenderá el certificado de autoridad de una aseguradora:

- **(1)** Si tal acción es requerida por cualquier disposición de este título; o
- **(2)** Si el asegurador ya no cumple los requisitos para la autorización originalmente concedida debido a deficiencia de activos o por otra razón.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-20 - Imposición de multa administrativa a la aseguradora por ciertos actos de funcionarios, empleados, agentes o representantes

- **(a)** El Comisionado podrá, después de una audiencia, imponer a una aseguradora una multa administrativa si encuentra que dicha aseguradora, a través de los actos de sus funcionarios, empleados, agentes o representantes, ha realizado con tal frecuencia que indica su práctica comercial general en este estado:

- **(1)** No utilizó la debida diligencia al procesar todos los reclamos, no pagó los reclamos de manera oportuna, no proporcionó el aviso adecuado cuando se le requirió con respecto a las razones por las cuales la aseguradora no realizó los pagos de los reclamos cuando correspondía, o se negó sin justa causa a pagar los reclamos adecuados que surgieron bajo la cobertura provista por sus pólizas, ya sea que el reclamo sea a favor de un asegurado o a favor de una tercera persona con respecto a la responsabilidad de un asegurado ante una tercera persona o a favor de cualquier otra persona con derecho a los ingresos de una póliza;

- **(2)** Obligó, sin causa justa, a los asegurados, reclamantes u otras personas con derecho a los ingresos de sus pólizas en este estado a aceptar menos del monto que se les adeuda o a iniciar una acción contra la aseguradora o un asegurado para asegurar el pago total o la liquidación de los mismos; o

- **(3)** Aceptó dinero, sellos comerciales, regalos u otra remuneración de cualquier tipo a cambio de recomendar negocios de reparación de automóviles y otras propiedades, incluida la rotura de vidrios, a un reparador de automóviles, una empresa de vidrios, una empresa de construcción u otra empresa de reparación de cualquier tipo en particular.

- **(b)** La multa administrativa impuesta por las infracciones establecidas en el párrafo (1), (2) o (3) del inciso (a) de esta sección del Código no excederá de $1,000.00 por cada acto de mala conducta que constituya una infracción; sin embargo, se podrá imponer una multa de no más de $5,000.00 por cada acto de mala conducta intencional que constituya una infracción.

- **(c)** Para los efectos de esta sección del Código, el término "asegurador" incluirá cualquier asegurador, organización sin fines de lucro o cualquier otra persona autorizada a vender pólizas de seguro contra accidentes y enfermedades, contratos de suscriptor, certificados o acuerdos de cualquier forma según el Capítulo 15, 20, 21, 29 o 30 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-18, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-21 - Informes de asuntos comerciales y operaciones de aseguradoras en general

El 1 de marzo o antes de esa fecha de cada año, después de haber comenzado a operar de conformidad con un certificado de autorización, cada asegurador deberá presentar al Comisionado un informe de sus asuntos y operaciones durante el año que termina el 31 de diciembre del año anterior. Este informe anual se realizará en la forma y contendrá la información que el Comisionado determine mediante reglamento de tiempo en tiempo y que pueda requerir para proteger el interés público, el interés de los asegurados de cualquier asegurador y el interés de los inversionistas en los valores emitidos por cualquier asegurador. El Comisionado podrá exigir mediante reglamento cualquier informe periódico adicional que determine de tiempo en tiempo, según sea

necesario o apropiado para la protección de los asegurados, los inversionistas y el público, y que sea necesario para asegurar la solvencia de cualquier asegurador, para informar y proteger a los inversionistas de cualquier asegurador y para asegurar un trato justo en los valores de cualquier asegurador. El Comisionado podrá exigir que los informes sean verificados bajo juramento por cualquier funcionario o agente apropiado que designe mediante reglamento y podrá exigir que se publiquen. El cumplimiento de esta sección del Código será una condición para la renovación de un certificado de autoridad según la Sección 33-3-16 del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-19, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-21.1 - Presentación de informes por parte de aseguradoras de bienes y accidentes; tipos de seguros a los que se aplica el requisito; contenido del informe; inspección pública

- **(a)** Mediante regla o reglamento, el Comisionado podrá exigir que cada aseguradora autorizada por el Comisionado para emitir seguros de propiedad y accidentes presente un informe en un formulario proporcionado por el Comisionado que muestre sus operaciones directas en este estado.

- **(b)** El informe permitido por la subsección (a) de esta sección del Código puede incluir, pero no limitarse a, los siguientes tipos de seguros suscritos por dicha aseguradora:

  - **(1)** Seguro de responsabilidad civil por lesiones corporales causadas por vehículos de motor, incluido el seguro de pago médico;
  - **(2)** Seguro de responsabilidad por productos;
  - **(3)** Seguro de mala praxis médica;
  - **(4)** Seguro de mala praxis de arquitectos e ingenieros;
  - **(5)** Seguro de mala praxis de abogados;
  - **(6)** Seguro de protección contra lesiones personales en vehículos de motor;
  - **(7)** Seguro de responsabilidad civil sobre bienes de vehículos automotores;
  - **(8)** Seguro contra automovilistas no asegurados;
  - **(9)** Seguro contra conductores con seguro insuficiente; y
  - **(10)** Seguro comercial de accidentes o de propiedad según se define en el párrafo (1) de la Sección 33-7-3 del Código o la Sección 33-7-6 del Código.

- **(c)** Además, el informe deberá incluir la siguiente información:

  - **(1)** Primas directas emitidas;

- **(2)** Primas directas devengadas;
- **(3)** Ingresos netos de inversiones, incluidas las ganancias y pérdidas de capital netas realizadas, utilizando estimaciones apropiadas cuando sea necesario;
- **(4)** Reclamaciones incurridas, desarrolladas como suma y con cifras previstas para lo siguiente:
  - **(A)** Monto en dólares de las reclamaciones cerradas con pago; más
  - **(B)** Reservas para reclamaciones notificadas al final del año en curso; menos
  - **(C)** Reservas para reclamaciones reportadas al final del año anterior; más
  - **(D)** Reservas para siniestros incurridos pero no reportados al final del año en curso; menos
  - **(E)** Reservas para siniestros incurridos pero no reportados al final del año anterior; más
  - **(F)** Reservas para gastos de ajuste de pérdidas al final del año en curso; menos
  - **(G)** Reservas para gastos de ajuste de pérdidas al final del año anterior;
- **(5)** Gastos reales incurridos asignados por separado a ajuste de pérdidas, comisiones, otros costos de adquisición, gastos generales de oficina, impuestos, licencias, tarifas y todos los demás gastos;
- **(6)** Ganancia o pérdida neta de suscripción; y
- **(7)** Ganancia o pérdida neta de operación, incluyendo el ingreso neto por inversiones.

- **(d)** Todos los informes proporcionados conforme a esta sección del Código se pondrán a disposición del público para su inspección.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 489, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-21.2 - Análisis de la suficiencia de las reservas de gastos por pérdidas y ajustes de pérdidas cuando las reservas están fuera del rango estándar

- **(a)** Según se utiliza en esta sección del Código, el término "especialista independiente calificado en reservas de pérdidas" significa una persona que no es empleado, director, principal o propietario indirecto de la aseguradora y es miembro de la sociedad actuarial de accidentes o posee otra experiencia aceptable para el

Comisionado para asegurar una opinión profesional sobre la suficiencia de las reservas de pérdidas y gastos de ajuste de pérdidas de la aseguradora.

- **(b)** Toda aseguradora de propiedades y accidentes obligada a presentar un informe anual al Comisionado que no haya presentado una declaración de opinión relacionada con las reservas de pérdidas y gastos de ajuste de pérdidas en relación con su última declaración anual registrada en el departamento, contratará, siempre que las reservas de pérdidas y gastos de ajuste de pérdidas de la aseguradora estén fuera del rango estándar o promedio designado por el Comisionado y con base en información actual confiable y creíble, un especialista calificado e independiente en reservas de pérdidas para analizar la suficiencia de dichas reservas y presentar un informe al Comisionado en una fecha que éste especifique.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-21.3 - Presentaciones anuales ante la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros; los agentes del Comisionado no están sujetos a responsabilidad civil; confidencialidad de la información

- **(a)** Esta sección del Código se aplicará a todas las aseguradoras nacionales, extranjeras y extranjeras que estén autorizadas a realizar negocios en este estado.

- **(b)**

  - **(1)** Cada asegurador nacional, extranjero y extranjero que esté autorizado a realizar transacciones de seguros en este estado deberá presentar anualmente, el 1 de marzo de cada año o antes, ante la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros una copia de su declaración anual en blanco junto con las presentaciones adicionales que prescriba el Comisionado para el año anterior. La información presentada ante la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros deberá tener el mismo formato y alcance que la requerida por el Comisionado e incluirá la página jurada firmada y la certificación actuarial. Todas las enmiendas y adendas a la declaración anual presentada posteriormente ante el Comisionado también deberán presentarse ante la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros.

  - **(2)** Las aseguradoras extranjeras que estén domiciliadas en un estado que tenga una ley sustancialmente similar al párrafo (1) de esta subsección se considerarán en cumplimiento de esta subsección.

- **(c)** En ausencia de malicia real, los miembros de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros; sus comités, subcomités y grupos de trabajo debidamente autorizados; sus delegados; empleados de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros; y todos los demás encargados de la responsabilidad de recopilar, revisar, analizar y difundir la información desarrollada a partir de la presentación de los formularios de convención de declaración anual actuarán como agentes del Comisionado bajo la autoridad de esta sección del Código y no estarán sujetos a responsabilidad civil por difamación, calumnia o cualquier otra causa de acción en virtud de su recopilación, revisión, análisis y difusión de los datos e información recopilados de las presentaciones requeridas bajo esta sección del Código.

- **(d)** No obstante cualquier disposición en contrario del Artículo 4 del Capítulo 18 del Título 50, todos los índices de análisis financiero y sinopsis de exámenes relativos a compañías de seguros que se presenten al departamento con la expectativa de confidencialidad por el Sistema de Información Regulatoria de Seguros de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros serán confidenciales y el departamento no podrá divulgarlos.

- **(e)** El Comisionado podrá suspender, revocar o negarse a renovar el certificado de autoridad de cualquier aseguradora que no presente su declaración anual en la fecha de vencimiento o dentro de cualquier prórroga de tiempo que el Comisionado, por buena causa, haya concedido.

CÓDIGO DE GEORGIA 2023

Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8)

Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30)

Artículo 33-3-22 - Informes de las aseguradoras autorizadas para realizar operaciones de seguros de responsabilidad por productos

El Comisionado, mediante reglamentación, podrá exigir a cada aseguradora que proporcione seguros de responsabilidad por productos en este estado que proporcione informes de sus asuntos y operaciones con respecto a los seguros de responsabilidad por productos que cubran riesgos ubicados en este estado con la frecuencia y en la forma que el Comisionado considere necesaria.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-23 - Restricciones a las transacciones de instituciones crediticias y sociedades holding bancarias

- **(a)** Para los efectos de esta sección del Código, el término:

  - **(1)** "Compañía holding bancaria" significa la definición establecida en la Sección 7-1-600 del Código y en la Sección 2 de una ley del Congreso titulada Ley de Compañías Holding Bancarias de 1956, con sus modificaciones.

  - **(2)** "Institución crediticia" significa cualquier institución nacional que acepta depósitos del público y presta dinero, incluidos los bancos y las asociaciones de ahorro y préstamo.

- **(b)** Una institución crediticia, una compañía controladora bancaria o una subsidiaria o afiliada de cualquiera de las anteriores que haga negocios en este estado, o cualquier funcionario o empleado de cualquiera de las anteriores, puede tener licencia para vender seguros, incluyendo, entre otros, seguros de crédito, en este estado y puede participar en la suscripción y actuar como suscriptor de seguros de vida de crédito y seguros de accidentes y enfermedades de crédito sujetos a las disposiciones de este título y de conformidad con las normas y reglamentos promulgados por el Comisionado.

- **(c)** Nada de lo dispuesto en este capítulo prohibirá la compra de un seguro de garantía hipotecaria, también llamado seguro de pérdida de crédito, por parte de una institución crediticia a una compañía de seguros de garantía hipotecaria, directa o indirectamente.

- **(d)** Ninguna institución crediticia, sociedad controladora bancaria o cualquier subsidiaria o afiliada de cualquiera de las anteriores que haga negocios en este estado que no estuviera en el negocio de vender seguros de título el 1 de abril de 2000 o antes, tendrá permitido vender seguros de título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-20, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-24 - Restricciones a las transacciones en instituciones del Sistema de Crédito Agrícola

- **(a)** Ninguna institución incluida en el Sistema de Crédito Agrícola según lo establecido e identificado en 12 USCA, Sección 2002 (Pub. Law 92-181, Sec. 1.2, 10 de diciembre de 1971, 85 Stat. 583), ninguna subsidiaria o afiliada de dicha institución que haga negocios en este estado, ningún funcionario o empleado de ninguna institución incluida en el Sistema de Crédito Agrícola, o ninguna subsidiaria o afiliada de ninguna institución puede tener licencia directa o indirecta para vender o solicitar ningún tipo de seguro, excepto lo siguiente:

  - **(1)** Seguro de vida y de accidentes y salud por un monto adecuado para asegurar el reembolso del préstamo;

  - **(2)** Daños a los cultivos causados por granizo, granizo o viento; o

  - **(3)** Seguro contra pérdida de cualquier garantía que asegure un préstamo otorgado por un banco afiliado o asociación del Sistema de Crédito Agrícola por el valor total de dicha garantía. Sin embargo, el derecho a colocar un seguro de garantía continuará solamente mientras el préstamo subyacente permanezca pendiente o hasta el vencimiento de la póliza, pero en ningún caso por más de 12 meses a partir del último día en que el préstamo estuvo pendiente.

- **(b)** Para los propósitos de esta sección del Código, "garantía que garantiza un préstamo" incluirá solamente aquella propiedad que esté sujeta al interés de seguridad formal otorgado en conexión con el préstamo garantizado y debidamente registrado en el condado donde reside el deudor; sin embargo, "garantía que garantiza un préstamo" no incluirá ninguna propiedad adquirida por el deudor después de la fecha en que se realizó el préstamo subyacente a menos que la parte garantizada haga un anticipo al deudor o de otra manera le dé un nuevo valor que se garantizará total o parcialmente con propiedad adquirida posteriormente.

- **(c)** Para los fines de esta sección del Código, las instituciones que constituyen el Sistema de Crédito Agrícola incluirán los bancos federales de tierras, las asociaciones de bancos federales de tierras, los bancos federales de crédito intermedio, las asociaciones de crédito a la producción, los bancos para cooperativas y otras

instituciones que puedan formar parte del sistema, todas las cuales están autorizadas por y sujetas a la supervisión de la Administración de Crédito Agrícola; siempre que, sin embargo, los tipos de seguro descritos en los párrafos (1), (2) y (3) de la subsección (a) de esta sección del Código solo puedan negociarse, venderse o solicitarse con el fin de proteger préstamos hechos para fines agrícolas a agricultores por una institución del Sistema de Crédito Agrícola o cualquier subsidiaria o afiliada del mismo que haga negocios en este estado.

- **(d)** Toda persona que posea una licencia para vender o solicitar seguros el 8 de abril de 1977 y que haya sido descalificada de acuerdo con los términos de la subsección (a) de esta sección del Código al terminar su asociación como empleado o funcionario, o ambos, de cualquier institución del Sistema de Crédito Agrícola o de una filial o subsidiaria de la misma, tendrá su licencia reexpedida a pedido sin necesidad de tomar o aprobar ningún examen. Las solicitudes deberán presentarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de terminación de dicho empleo.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-25 - Estándares de simplificación del lenguaje y facilidad de lectura; aplicabilidad de la sección del Código

- **(a)** Todas las pólizas de seguro de propietarios de viviendas, incluidas las pólizas de seguro de propietarios de viviendas para inquilinos, las pólizas de seguro de automóviles personales, las pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedades individuales, todos los certificados de cobertura de seguro de vida o de accidentes y enfermedades grupales y todos los folletos de cobertura proporcionados por las aseguradoras a los titulares de certificados de seguro de vida o de accidentes y enfermedades grupales que se emitan, entreguen o emitan para entrega en este estado a partir del 1 de julio de 1988, deberán estar escritos en forma simplificada, deberán estar divididos en secciones subtituladas y organizadas de manera lógica, y deberán contener un lenguaje legible que cumpla con los estándares prescritos en las reglas y regulaciones que pueda promulgar el Comisionado después de la debida notificación y audiencia.

- **(b)** Al establecer los estándares de simplificación del lenguaje de pólizas y facilidad de lectura para dichas pólizas, certificados y folletos de cobertura, el Comisionado puede utilizar un puntaje mínimo de 40 en la "prueba de facilidad de lectura de Flesch" como estándar básico, o cualquier otro estándar o prueba de facilidad de lectura reconocidos a nivel nacional que produzca resultados comparables de simplificación del lenguaje de pólizas y facilidad de lectura, y también puede establecer excepciones a los mismos mediante reglas y reglamentos apropiados.

- **(c)** Esta sección del Código se aplicará a todas las aseguradoras que emitan los tipos de pólizas de seguro descritas en la subsección (a) de esta sección del Código en este estado, incluidas todas las aseguradoras, corporaciones sin fines de lucro u otras organizaciones que emitan pólizas o contratos de cobertura de vida o de accidentes y enfermedades según el Capítulo 15, 20, 21, 29 o 30 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-21, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30)
Sección 33-3-26 - Represalias

- **(a)** Cuando por o de conformidad con las leyes de cualquier otro estado o país extranjero, se impongan o se impondrían a las aseguradoras de Georgia o a los agentes o representantes de dichas aseguradoras, impuestos, licencias y otras tarifas en total y multas, sanciones, requisitos de depósito u otras obligaciones materiales, prohibiciones o restricciones que excedan dichos impuestos, licencias y otras tarifas en total o que excedan las multas, sanciones, requisitos de depósito u otras obligaciones, prohibiciones o restricciones impuestas directamente a aseguradoras similares o a los agentes o representantes de dichas aseguradoras de dicho otro estado o país conforme a los estatutos de este estado, mientras dichas leyes de dicho otro estado o país continúen en vigor o se apliquen de esa manera, el Comisionado impondrá los mismos impuestos, licencias y otras tarifas en total o multas, sanciones, requisitos de depósito u otras obligaciones materiales, prohibiciones o restricciones de cualquier tipo a las aseguradoras o a los agentes o representantes de dichas aseguradoras de dicho otro estado o país que realicen negocios o busquen realizar negocios en Georgia. Cualquier impuesto, licencia u otra tarifa u otra obligación impuesta por cualquier ciudad, condado u otra subdivisión política o agencia de dicho otro estado o país a las aseguradoras de Georgia o sus agentes o representantes se considerará impuesta por dicho estado o país dentro del significado de esta sección del Código.

- **(b)** El Comisionado podrá renunciar a cualquier obligación, prohibición o restricción de represalia que impida la entrada a este estado de cualquier aseguradora domiciliada en otro estado y que de otro modo se impondría por la subsección (a) de esta sección del Código si, a su discreción, se esperaría que la entrada de dicha aseguradora mejorara la competencia en este estado y fuera en el mejor interés de los ciudadanos de este estado. La discreción proporcionada por esta subsección no se extenderá a ningún impuesto, tarifa, multa, penalidad o requisito de depósito de represalia.

- **(c)** Esta sección del Código no se aplicará a los impuestos sobre la renta personal, a los impuestos ad valorem sobre bienes inmuebles o personales, ni a las obligaciones o evaluaciones para fines especiales impuestas por otro estado en relación con tipos particulares de seguros distintos del seguro de propiedad, excepto que las deducciones de los impuestos sobre primas u otros impuestos de otro modo pagaderos permitidos por los impuestos sobre bienes inmuebles o personales pagados serán tomadas en consideración por el Comisionado al determinar la idoneidad y el alcance de las medidas de represalia en virtud de esta sección del Código.

- **(d)** Para los efectos de esta sección del Código, el domicilio de una aseguradora extranjera que no sea una aseguradora constituida conforme a las leyes de Canadá será el estado designado por la aseguradora en un escrito presentado ante el

Comisionado al momento de su admisión en este estado y puede ser cualquiera de los siguientes estados:

- **(1)** Este estado si la aseguradora ingresa a través de este estado para realizar transacciones de seguros en los Estados Unidos a través de una sucursal de los Estados Unidos;
- **(2)** Aquel en el cual el asegurador fue autorizado por primera vez a contratar seguros;
- **(3)** Aquella en la que se encuentre el domicilio principal de negocios del asegurador en los Estados Unidos; o
- **(4)** Aquel en el que se mantiene el mayor depósito de activos fideicomitidos del asegurador para la protección de sus asegurados y acreedores en los Estados Unidos.

- **(e)** Si el asegurador no hace dicha designación, se considerará que su domicilio es el estado en el que se encuentra su principal lugar de negocios en los Estados Unidos.
- **(f)** En el caso de una aseguradora constituida conforme a las leyes de Canadá o de una provincia del mismo, se considerará que su domicilio es la provincia en la que se encuentra su oficina central.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 537, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-27 - Informes de adjudicaciones bajo pólizas de seguro por mala praxis médica

- **(a)** Para los efectos de esta sección del Código, el término:
- **(1)** "Acuerdo alto/bajo" significa un acuerdo en el cual un demandado acepta pagarle al demandante una recuperación mínima a cambio del acuerdo del demandante de aceptar una cantidad máxima independientemente del resultado del juicio.
- **(2)** "Pago bajo" significa que el demandado paga al demandante la recuperación mínima bajo un acuerdo alto/bajo cuando el tribunal falla a favor del demandado.
- **(3)** "Reclamo por mala praxis médica" significa cualquier reclamo por daños resultantes de la muerte o lesión de cualquier persona que surja de un servicio, diagnóstico, prescripción, tratamiento o atención médica, quirúrgica o de salud brindada por una persona autorizada por ley para ejercer la medicina en este estado o por cualquier persona que actúe bajo la supervisión y control de dicha persona.

- **(b)** Toda aseguradora que proporcione cobertura de seguro por mala praxis médica en este estado deberá notificar por escrito a la Junta Médica Compuesta de Georgia cuando pague una sentencia o celebre un acuerdo para pagar una cantidad

para resolver una demanda por mala praxis médica, que no sea un pago bajo en virtud de un acuerdo de pago alto/bajo, contra una persona autorizada por ley para ejercer la medicina en este estado. Dichas sentencias o acuerdos se informarán a la junta independientemente del monto en dólares. Dicha notificación se enviará dentro de los 30 días posteriores a que se haya pagado la sentencia o se haya celebrado el acuerdo entre las partes involucradas en la demanda.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 269, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2009 243, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2009.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 1,§ 8, en vigencia a partir del 16/02/2005.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-28 - Solicitud del reclamante de información sobre el nombre de la aseguradora, el nombre de cada asegurado y los límites de la cobertura

- **(a)**

  - **(1)** Toda aseguradora que proporcione cobertura de seguro de responsabilidad civil o de accidentes en este estado y que sea o pueda ser responsable de pagar la totalidad o una parte de cualquier reclamación deberá proporcionar, dentro de los 60 días de recibir una solicitud por escrito del reclamante, una declaración, bajo juramento, de un funcionario corporativo o del gerente de reclamaciones de la aseguradora que indique, con respecto a cada póliza de seguro conocida emitida por ella, incluido el seguro excedente o general, el nombre de la aseguradora, el nombre de cada asegurado y los límites de cobertura. Dicha aseguradora puede proporcionar una copia de la página de declaración de cada una de esas pólizas en lugar de proporcionar dicha información. La solicitud del reclamante deberá exponer bajo juramento la naturaleza específica de la reclamación presentada y deberá enviarse a la aseguradora por correo certificado o por entrega urgente reglamentaria.

  - **(2)** El asegurado, dentro de los 30 días de recibir una solicitud escrita de un reclamante o de su abogado, deberá revelar al reclamante o a su abogado el nombre de cada asegurador conocido que pueda ser responsable ante el reclamante en virtud de dicha reclamación.

- **(b)** Si la solicitud prevista en el inciso (a) de esta sección del Código contiene información insuficiente para permitir el cumplimiento, el asegurador o el asegurado a quien se le hizo la solicitud podrá manifestarlo por escrito, indicando específicamente qué información adicional se necesita, y dicho cumplimiento constituirá cumplimiento con esta sección del Código.

- **(c)** La información proporcionada a un reclamante o su abogado según lo requerido por la subsección (a) de esta sección del Código no creará una renuncia a

cualquier defensa a la cobertura disponible para la aseguradora y no será admisible como evidencia a menos que sea admisible de otra manera bajo la ley de Georgia.

- **(d)** La información proporcionada a un reclamante o a su abogado según lo requiere la subsección (a) de esta sección del Código se modificará al descubrirse hechos que sean inconsistentes con o adicionales a la información proporcionada.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-29 - Licencias a aseguradoras de estados extranjeros como aseguradoras nacionales

- **(a)** Cualquier aseguradora que esté organizada bajo las leyes de cualquier otro estado y sea admitida para hacer negocios en este estado con el propósito de emitir seguros puede convertirse en una aseguradora nacional cumpliendo con todos los requisitos de este título relativos a la organización y licencia de una aseguradora nacional del mismo tipo y designando su sede principal de negocios en un lugar de este estado. Una vez que se cumplan dichos requisitos, se le emitirá a la aseguradora un certificado de autoridad y licencia para realizar negocios en este estado y estará sujeta a la autoridad y jurisdicción de este estado como aseguradora nacional. La aseguradora redomesticada puede optar por conservar su fecha de constitución original en lugar de su fecha de redomesticación, siempre que la retención de una fecha de constitución anterior no afecte el funcionamiento o la aplicación de otras leyes.

- **(b)** Cualquier asegurador nacional podrá, con la aprobación del Comisionado, transferir su domicilio a cualquier otro estado en el que esté admitido para realizar operaciones de seguros y, en el momento de dicha transferencia, dejará de ser un asegurador nacional y será admitido en este estado si reúne los requisitos para ser un asegurador extranjero. El Comisionado aprobará cualquier transferencia propuesta a menos que determine que dicha transferencia no es en el mejor interés de los asegurados de este estado.

- **(c)** El certificado de autoridad, los nombramientos y licencias de agentes, las tarifas y otros elementos que el Comisionado permita, a su discreción, y que estén en existencia en el momento en que cualquier asegurador autorizado para realizar operaciones de seguros en este estado transfiera su domicilio corporativo a este o cualquier otro estado mediante fusión, consolidación o cualquier otro método legal continuarán en plena vigencia y efecto después de dicha transferencia si dicho asegurador continúa debidamente autorizado para realizar operaciones de seguros en este estado. Todas las pólizas pendientes de cualquier asegurador que se transfiera permanecerán en plena vigencia y efecto y no es necesario endosar el nuevo nombre de la compañía o su nueva ubicación a menos que así lo ordene el Comisionado. Todo asegurador que se transfiera deberá presentar nuevos formularios de póliza ante el Comisionado en o antes de la fecha efectiva de la transferencia, pero podrá usar formularios de póliza existentes con los endoses apropiados si lo permite el Comisionado y bajo las condiciones que apruebe. Toda aseguradora que se transfiera deberá notificar al Comisionado los detalles de la transferencia propuesta y deberá presentarle con prontitud todos los formularios, documentos o enmiendas a los

formularios o documentos. El Comisionado podrá promulgar las normas y reglamentos necesarios para llevar a cabo los propósitos de esta sección del Código.

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 3 - AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS GENERALES PARA LA TRANSACCIÓN DE SEGUROS (§§ 33-3-1 — 33-3-30) Sección 33-3-30 - Sede principal de negocios en los Estados Unidos de la aseguradora extranjera que ingresa a través de este estado

- **(a)** Cada asegurador extranjero que entre a través de este estado para realizar transacciones de seguros en los Estados Unidos a través de una sucursal en los Estados Unidos deberá establecer y mantener en este estado el lugar principal de negocios de dicho asegurador en los Estados Unidos, y deberá mantener en dicho lugar principal de negocios registros completos de los activos, transacciones y asuntos de acuerdo con los métodos y sistemas que sean habituales o adecuados en cuanto al tipo o tipos de seguros negociados en los Estados Unidos.

- **(b)** Se prohíbe ocultar al Comisionado o sacar de este estado cualquier parte importante de los registros que se exige conservar en este estado de conformidad con la subsección (a) de esta sección del Código, excepto por cualquier motivo y período de tiempo razonables que el Comisionado pueda aprobar por escrito antes de dicha eliminación. El certificado de autorización para hacer negocios de cualquier aseguradora extranjera que retire o intente retirar cualquier parte importante de dichos registros del lugar principal de negocios de la aseguradora en este estado con la intención de retirarlos de este estado u oculte o intente ocultarlos al Comisionado en violación de esta subsección será revocado. En caso de cualquier eliminación o intento de eliminación de dichos registros o en caso de retención de dichos registros o parte importante de dichos registros fuera de este estado más allá del período especificado en el consentimiento del Comisionado bajo el cual se permitió que se retiraran dichos registros o en caso de ocultamiento o intento de ocultamiento de dichos registros en violación de esta subsección, el Comisionado puede iniciar procedimientos contra la aseguradora de conformidad con el Capítulo 37 de este título.

- **(c)** Esta sección del Código no se considerará que prohíbe o impide que una aseguradora extranjera establezca y mantenga sucursales u oficinas centrales regionales en otros estados cuando sea necesario o conveniente para la transacción de sus negocios y mantenga allí los registros detallados habituales y necesarios para el servicio del seguro vigente en la jurisdicción atendida por dicha oficina, siempre que dichos registros se encuentren fácilmente disponibles en dicha oficina para que el Comisionado los examine a pedido suyo.

Código de Georgia § 33-1-2

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-1-1 — 33-1-27) Sección 33-1-9 - Fraude de seguros; jurisdicción; sanción; exención

- **(a)** Cualquier persona física que, consciente o voluntariamente:

- **(1)** Hace o ayuda a hacer cualquier declaración o representación falsa o fraudulenta de cualquier hecho o cosa material:
  - **(A)** En cualquier declaración o certificado escrito;
  - **(B)** En la presentación de una reclamación;
  - **(C)** Al presentar una solicitud de póliza de seguro;
  - **(D)** Al recibir una solicitud de póliza de seguro; o
  - **(E)** En la recepción de dinero por dicha solicitud de póliza de seguro

con el propósito de obtener o intentar obtener el pago de cualquier reclamo falso o fraudulento u otro beneficio por parte de una aseguradora;

- **(2)** Recibe dinero con el propósito de comprar un seguro y convierte dicho dinero en beneficio propio;
- **(3)** Emite pólizas de seguro, certificados de seguro, tarjetas de identificación de seguro o pólizas de seguro falsas o falsificadas; o
- **(4)** Hace cualquier representación falsa o fraudulenta sobre la muerte o incapacidad de un titular de póliza o certificado en cualquier declaración o certificado escrito con el propósito de obtener fraudulentamente dinero o beneficio de una aseguradora.

comete el delito de fraude de seguros.

- **(b)** Cualquier persona física que consciente y deliberadamente o con negligencia temeraria participe en las siguientes actividades, ya sea directa o indirectamente, como agente, representante o en nombre de una aseguradora no autorizada a realizar transacciones de seguros en este estado, comete el delito de fraude de seguros:
  - **(1)** Solicitar, negociar, procurar o efectuar contratos de seguros o rentas vitalicias o renovaciones de los mismos;
  - **(2)** Solicitar, negociar, procurar o efectuar cualquier contrato relacionado con beneficios o servicios;
  - **(3)** Difundir información sobre cobertura o tarifas;
  - **(4)** Reenvío de solicitudes;
  - **(5)** Entregar pólizas o contratos;
  - **(6)** Inspeccionar o evaluar el riesgo;
  - **(7)** Fijación de tarifas;
  - **(8)** Investigar o ajustar reclamaciones o pérdidas;
  - **(9)** La recaudación o remisión de primas; o
  - **(10)** De cualquier otra manera representar o ayudar a dicho asegurador en la transacción de seguros con respecto a objetos de seguros residentes, ubicados o que se realizarán en este estado.

- **(c)** Cualquier persona natural que, a sabiendas y deliberadamente, con la intención de defraudar, suscriba, haga o concurra en hacer cualquier declaración anual o de otro tipo que la ley debe presentar ante el Comisionado y que contenga cualquier declaración material que sea falsa, comete el delito de fraude de seguros.

- **(d)** En cualquier proceso penal en virtud de esta sección del Código, el delito se considerará cometido en el condado de la supuesta pérdida, en el condado en el que la aseguradora o el agente de la aseguradora recibió el reclamo o solicitud fraudulenta o falsa, en el condado en el que se recibió el dinero por la solicitud fraudulenta o en cualquier condado en el que se cometió cualquier acto para promover el plan delictivo.

- **(e)** Una persona natural condenada por una violación de esta sección del Código será culpable de un delito grave y será castigada con pena de prisión no menor de dos ni mayor de diez años, o con una multa no mayor de $10,000.00, o ambas.

- **(f)** La subsección (b) de esta sección del Código no se aplicará a un contrato de seguro celebrado de conformidad con el Artículo 2 del Capítulo 5 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2004 583, § 1A, en vigencia a partir del 13/5/2004.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2003 276, § 1, en vigencia a partir del 3/6/2003.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2003 97, § 1.2, en vigencia a partir del 30/5/2003.

Código de Georgia, Título 33, Capítulo 23

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 23 - LICENCIAS DE AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-205)

Artículo 1 - AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-46)

Artículo 33-23-1 - Definiciones

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 23 - LICENCIAS DE AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-205) Artículo 1 - AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-46) Sección 33-23-1 - Definiciones

(a) Tal como se utiliza en este artículo, el término:

(1) "Ajustador" significa cualquier persona que, a cambio de una tarifa, comisión, salario u otra compensación, investiga, liquida o ajusta y presenta informes a su empleador o director con respecto a reclamos que surjan de contratos de seguros en nombre de la aseguradora o del asegurado o de una persona que supervise o administre directamente a dicha persona. El término "ajustador" no incluye:

(A) Las personas que liquiden reclamaciones derivadas de contratos de seguros de vida o marítimos o de anualidades; o

(B) Un agente o un empleado asalariado de un agente o un empleado asalariado de una aseguradora que ajusta o ayuda a ajustar pérdidas bajo pólizas emitidas por dicho agente o asegurador.

(2) "Agencia" significa una entidad comercial que representa a una o más aseguradoras y se dedica al negocio de vender, solicitar o negociar seguros. Agencia también significa una entidad comercial productora de seguros.

(3) "Agente" significa una persona designada o empleada por una aseguradora que vende, solicita o negocia seguros. Agente también significa un productor de seguros individual.

(3.1) "Sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones" significa un sistema informático preprogramado diseñado para la recopilación, entrada de datos, cálculo y resolución final de reclamaciones de seguros de propiedad utilizado únicamente para dispositivos electrónicos portátiles según se define en el párrafo (1) de la subsección (d) de la Sección 33-23-12 del Código que:

(A) Sólo podrá ser utilizado por un ajustador independiente autorizado, un agente autorizado o personas supervisadas que operen de conformidad con este párrafo;

(B) Deberá cumplir con todos los requisitos de pago de reclamaciones del Código de Seguros de Georgia; y

(C) Deberá estar certificado como conforme con esta sección del Código por un ajustador independiente autorizado que sea funcionario de una entidad comercial autorizada bajo este capítulo.

(4) "Entidad comercial" significa una corporación, asociación, sociedad, empresa unipersonal, compañía de responsabilidad limitada, sociedad de responsabilidad limitada u otra entidad legal.

(5) "Negocio controlado de una persona" significa seguro de propiedad o accidentes para una persona o el cónyuge de una persona; para cualquier pariente por sangre o matrimonio dentro del segundo grado de parentesco según se define en el párrafo (5) de la Sección 53-4-2 del Código; para el empleador de una persona o la firma de la cual una persona es miembro; para cualquier funcionario, director, accionista o miembro del empleador de una persona o de cualquier firma de la cual una persona es socio; para cualquier cónyuge del funcionario, director, empleador, accionista o miembro de la firma de una persona; para el pupilo o empleado de una persona; o para cualquier persona o con respecto a cualquier propiedad bajo el control o supervisión de una persona en cualquier capacidad fiduciaria.

(6) "Asesor" significa cualquier persona que se dedica, anuncia o se presenta como una persona que se dedica a asesorar, aconsejar o emitir opiniones sobre los beneficios prometidos en cualquier contrato de seguro emitido u ofrecido por cualquier asegurador o sobre los términos, el valor, el efecto, las ventajas o las desventajas del contrato de seguro, que no sea un actuario o consultor que asesore a las aseguradoras. Cuando reciba un honorario, una comisión u otra compensación por este servicio, dicha persona no recibirá ninguna compensación de ninguna otra fuente sobre la misma transacción o en relación con ella.

(7) "Estado de origen" significa Canadá, el Distrito de Columbia y cualquier estado o territorio de los Estados Unidos en el que un productor o ajustador de seguros mantiene su residencia principal o su lugar principal de negocios y tiene licencia para actuar como productor o ajustador de seguros.

(8) "Ajustador independiente" significa un ajustador que representa los intereses de la aseguradora y que no es empleado de dicha aseguradora.

(9) "Seguro", excepto cuando se indique específicamente el tipo de seguro, significa todo tipo de seguro que no sea la fianza otorgada por fiadores individuales.

(10) "Productor de seguros" significa una persona que debe tener licencia según las leyes de este estado para vender, solicitar o negociar seguros.

(10.1) "Subagente limitado" significa un individuo autorizado en nombre de un agente autorizado de conformidad con la Sección 33-23-12 del Código.

(11) "Negociar" significa el acto de consultar directamente u ofrecer asesoramiento directamente a un comprador o posible comprador de un contrato de seguro en particular con respecto a cualquiera de los beneficios, términos o condiciones sustanciales del contrato, siempre que la persona involucrada en ese acto venda seguros u obtenga seguros de aseguradoras para los compradores.

(12) "Persona" significa un individuo o entidad comercial.

(13) "Ajustador público" significa cualquier persona que solicita, anuncia o de otra manera acepta representar únicamente a una persona que está asegurada bajo una póliza que cubre incendio, tormenta de viento, daños por agua y otros daños físicos a bienes reales y personales que no sean vehículos con licencia para circular, y dicha representación se limitará a la liquidación de un reclamo o reclamos bajo la póliza por daños a bienes reales y personales, incluyendo la pérdida relacionada de ingresos y pérdidas de gastos de vida, pero excluyendo los reclamos que surjan de cualquier accidente automovilístico, y que, para obtener una compensación en nombre de un asegurado:

(A) Actúa o ayuda, únicamente en relación con reclamaciones de primera parte que surjan de contratos de seguro que aseguran la propiedad real o personal del asegurado, en la negociación o la realización de la liquidación de una reclamación por pérdida o daño cubierto por un contrato de seguro;

(B) Publica anuncios de empleo como ajustador público de reclamaciones de seguros o solicita negocios o se representa a sí mismo ante el público como ajustador público de reclamaciones de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguren bienes reales o personales; o

(C) Solicita negocios, investiga o ajusta pérdidas, o asesora a un asegurado sobre reclamos de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguran bienes reales o personales para otra persona dedicada al negocio de ajustar pérdidas o daños cubiertos por una póliza de seguro.

(14) "Vender" significa intercambiar un contrato de seguro por cualquier medio, por dinero o su equivalente, en nombre de una compañía de seguros.

(15) "Solicitar" significa intentar vender seguros o pedir o instar a una persona a solicitar un tipo particular de seguro de una compañía en particular.

(16) "Subagente" significa cualquier agente autorizado, excepto según lo dispuesto en la Sección 33-23-12 del Código, que actúa para o en nombre de otro agente autorizado en la venta, solicitud o negociación de un contrato de seguro o contrato de anualidad y que tiene en archivo ante el Comisionado un certificado de autoridad de cada agente con el que el subagente coloca el seguro. Subagente también significa subproductor. El término "subagente" no incluirá:

(A) Un agente que coloca un seguro con o a través de otro agente que involucre 12 o menos pólizas o certificados de seguro en un año calendario; o

(B) Un agente que coloca seguros de líneas excedentes con o a través de un corredor de líneas excedentes únicamente con respecto a dichos seguros de líneas excedentes.

(17) "Corredor de líneas excedentes" significa una persona autorizada de conformidad con la Sección 33-23-37 del Código.

(b) Las definiciones de agente, subagente y consejero en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen:

(1) Un abogado admitido para ejercer en este estado, cuando maneja la cobranza de primas o asesora a clientes en materia de seguros como una función incidental al ejercicio de la abogacía o que ajusta pérdidas que son incidentales al ejercicio de su profesión;

(2) Cualquier representante de aseguradoras marítimas oceánicas;

(3) Cualquier representante de las compañías de seguros mutuos contra incendios de los agricultores según se define en el Capítulo 16 de este título;

(4) Un empleado asalariado de una empresa o agencia de informes crediticios o de carácter que no se dedique al negocio de seguros, pero que pueda informar a una aseguradora;

(5) Una persona que actúe en nombre o como agencia de cobranzas;

(6) Una persona que hace las deducciones salariales de las primas para empleados o, bajo un plan de seguro de grupo, una persona que presta servicios al titular de la póliza principal de seguro de grupo en la administración de los detalles de dicho seguro para los empleados o deudores del titular de la póliza principal o de una firma o corporación por la cual la persona está empleada y que no recibe comisiones de seguro por dicho servicio; siempre que, además, un cargo administrativo que no exceda el 5 por ciento de las primas cobradas pagadas por el asegurador a la oficina de administración no se interpretará como una comisión de seguro;

(7) Las personas exentas de licencia según lo dispuesto en la subsección (h) de la Sección 33-23-4 del Código; o

(8) Una persona que recopila información sobre reclamaciones de, o proporciona información sobre reclamaciones a, asegurados o reclamantes, que realiza la entrada de datos y que ingresa datos en un sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones, siempre que la persona sea un empleado de un ajustador independiente autorizado o su afiliado donde no más de 25 de dichas personas estén bajo la supervisión de un ajustador independiente autorizado o agente autorizado.

(c) Además de los párrafos (2) a (8) de la subsección (b) de esta sección del Código, las definiciones de ajustador público, ajustador independiente y ajustador en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen a un abogado admitido para ejercer la abogacía en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 1 y § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-1.1 - Los servicios auxiliares adicionales del consejero se consideran una transacción separada

Según se utiliza en el párrafo (6) de la subsección (a) de la Sección 33-23-1 del Código, la definición de consejero, el término "transacción" se refiere a la cobertura o los servicios en la misma línea o sublínea de seguros; siempre que, sin embargo, los servicios auxiliares adicionales para riesgos comerciales que excedan los servicios de adquisición se consideren una transacción separada cuando dichos servicios auxiliares adicionales se divulguen por escrito al asegurado y sean aprobados por adelantado por el asegurado. Los servicios auxiliares adicionales incluirán, entre otros, los siguientes: identificación de riesgos; medición de pérdidas; recopilación y análisis de información sobre pérdidas; verificación de modificadores de experiencia de compensación de trabajadores; establecimiento de niveles de retención de riesgos; desarrollo de planes de financiamiento de retención; desarrollo de especificaciones de seguros; negociación con aseguradoras sobre coberturas, costos y opciones de pago; implementación de programas de riesgo retenido y transferido; monitoreo del programa anual; y servicios de auditoría de seguros.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-2 - [Derogado] Las licencias se expedirán únicamente a personas físicas

Derogado y reservado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigor desde el 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-3 - Licencias de agencias y renovaciones bienales; restricciones de propiedad

(a) Cada oficina principal y cada sucursal de una agencia según se define en el párrafo (2) de la subsección (a) de la Sección 33-23-1 del Código debe obtener una licencia de agencia antes del inicio de las operaciones y renovar dicha licencia cada dos años y antes del 31 de diciembre mediante la presentación de los formularios de solicitud prescritos por el Comisionado.

(b) Una agencia estará sujeta a todas las penalidades, multas, sanciones penales y otras acciones autorizadas para los agentes bajo este título.

(c) Ninguna persona será propietaria de una agencia o, si la agencia es una corporación, ninguna persona será funcionario o director de dicha corporación ni será propietaria del 10 por ciento o más de la corporación si a dicha persona se le ha negado, revocado o suspendido su licencia bajo este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 419, § 1, en vigencia a partir del 22/3/2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 220, § 2, en vigencia a partir del 12/5/2011.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-4 - Se requiere licencia; restricciones sobre el pago o recepción de comisiones; puestos indirectamente relacionados con la venta, solicitud o negociación de seguros excluidos de los requisitos de licencia

(a)

(1) Una persona no podrá vender, solicitar ni negociar seguros en este estado para ninguna clase o clases de seguros a menos que dicha persona esté autorizada para esa línea de autoridad de conformidad con este artículo y las reglamentaciones aplicables.

(2) Cualquier individuo que venda, solicite o negocie seguros en este estado deberá tener licencia de agente.

(3) Cualquier entidad comercial que venda, solicite o negocie seguros en este estado deberá tener licencia como agencia.

(4) Cualquier individuo definido como ajustador según el párrafo (1) de la subsección (a) de la Sección 33-23-1 del Código que, por una tarifa, comisión, salario u otra compensación, investigue, resuelva o ajuste reclamos que surjan de contratos de seguro en nombre de la aseguradora o del asegurado, deberá tener licencia como ajustador independiente o ajustador público.

(b) Ningún asegurador o agente que haga negocios en este estado pagará, directa o indirectamente, ninguna comisión ni ninguna otra contraprestación valiosa a ninguna persona por servicios como agente, subagente o ajustador dentro de este estado, a menos que dicha persona esté debidamente autorizada de conformidad con este artículo.

(c) Una aseguradora puede pagar una comisión u otra contraprestación valiosa a una agencia de seguros autorizada en la que todos los empleados, accionistas, directores o funcionarios que vendan, soliciten o negocien contratos de seguros sean agentes de seguros calificados, subagentes limitados o consejeros que posean licencias válidas según lo requieran las leyes de este estado; y un agente, subagente limitado o consejero puede compartir cualquier comisión u otra contraprestación valiosa con dicha agencia de seguros autorizada.

(d) Ninguna persona que no sea un ajustador, agente, subagente limitado o consejero debidamente autorizado pagará o aceptará ninguna comisión u otra contraprestación valiosa excepto lo dispuesto en las subsecciones (b) y (c) de esta sección del Código.

(e) Esta sección del Código no impedirá el pago o la recepción de comisiones renovadas o diferidas por parte de cualquier agencia o persona sobre la base de que el licenciatario ha dejado de ser un agente, subagente limitado o consejero, ni impedirá la recepción o el pago de cualquier comisión por parte de un individuo a quien se le haya emitido una licencia temporal de conformidad con este capítulo.

(f) Cualquier individuo que haya sido licenciado como agente por diez años consecutivos o más y que no desempeñe ninguna de las funciones especificadas en el párrafo (3) de la subsección (a) de la Sección 33-23-1 del Código, excepto la recepción de comisiones renovadas o diferidas, estará exento del requisito de mantener al menos un certificado de autoridad; siempre que, sin embargo, si dicho individuo desea volver a realizar cualquiera de las otras funciones especificadas en dicho párrafo, dicho individuo debe obtener la aprobación del Comisionado y cumplir con los requisitos de este artículo y las reglas y regulaciones aplicables, incluyendo, sin limitación, los requisitos para el certificado de autoridad.

(g) Cualquier persona que viole deliberadamente esta sección del Código será culpable de un delito menor y, tras ser condenada, estará sujeta al castigo

dispuesto en la Sección 17-10-3 del Código, relacionada con el castigo por delitos menores.

(o)

(1) Nada de lo dispuesto en este artículo se interpretará en el sentido de exigir a una aseguradora que obtenga una licencia de agente de seguros. Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término "aseguradora" no incluye a los funcionarios, directores, empleados, subsidiarias o afiliadas de la aseguradora.

(2) No se requerirá licencia de agente de seguros para los siguientes:

(A) Un funcionario, director o empleado de una aseguradora o de un agente o agencia de seguros, siempre que el funcionario, director o empleado no reciba ninguna comisión sobre pólizas escritas o vendidas para asegurar riesgos que residan, estén ubicados o se vayan a ejecutar en este estado y:

(i) Las actividades del funcionario, director o empleado son ejecutivas, administrativas, gerenciales, de oficina o una combinación de estas, y están relacionadas sólo indirectamente con la venta, solicitud o negociación de seguros;

(ii) La función del funcionario, director o empleado se relaciona con la suscripción, el control de pérdidas, la inspección o el procesamiento, ajuste, investigación o liquidación de un reclamo en un contrato de seguro; o

(iii) El funcionario, director o empleado actúa en calidad de agente especial o supervisor de agencia que asiste a agentes de seguros, donde las actividades de la persona se limitan a brindar asesoramiento técnico y asistencia a productores de seguros autorizados y no incluyen la venta, solicitud o negociación de seguros;

(B) Una persona que cumpla con los criterios establecidos en el párrafo (1), (4) o (6) de la subsección (b) de la Sección 33-23-1 del Código;

(C) Un empleador o asociación o sus funcionarios, directores o empleados o los fideicomisarios de un plan de fideicomiso para empleados en la medida en que los empleadores, funcionarios, empleados, directores o fideicomisarios participen en la administración u operación de un programa de beneficios para empleados para los propios empleados del empleador o asociación o los empleados de sus subsidiarias o afiliadas, cuyo programa implica el uso de un seguro emitido por una aseguradora, siempre que los empleadores, asociaciones, funcionarios, directores, empleados o fideicomisarios no sean compensados de ninguna manera, directa o indirectamente, por la compañía que emite los contratos;

(D) Empleados de aseguradoras u organizaciones empleadas por aseguradoras que se dediquen a la inspección, calificación o clasificación de riesgos o a la supervisión

de la capacitación de agentes de seguros y que no participen individualmente en la venta, solicitud o negociación de seguros;

(E) Una persona cuyas actividades en este estado se limitan a hacer publicidad sin la intención de solicitar seguros en este estado a través de comunicaciones en publicaciones impresas u otras formas de medios electrónicos de comunicación cuya distribución no esté limitada a los residentes del estado, siempre que la persona no venda, solicite o negocie seguros que aseguren riesgos que residen, están ubicados o se realizarán en este estado;

(F) Una persona que no sea residente de este estado que venda, solicite o negocie un contrato de seguro para riesgos de propiedad y accidentes comerciales a un asegurado con riesgos ubicados en más de un estado asegurado bajo ese contrato, siempre que la persona esté autorizada de otra manera como agente de seguros para vender, solicitar o negociar seguros en el estado donde el asegurado mantiene su lugar principal de negocios y el contrato de seguro asegure riesgos ubicados en ese estado; o

(G) Un empleado asalariado, a tiempo completo, que asesora o recomienda a su empleador en relación con los intereses de seguros del empleador o de las subsidiarias o afiliadas comerciales del empleador, siempre que el empleado no venda ni solicite seguros ni reciba una comisión.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2017 275, § 33, en vigencia a partir del 9/5/2017.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2016 374, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2016.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-5 - Requisitos y calificaciones para la licencia

(a) Para la protección de los ciudadanos de este estado, el Comisionado no emitirá, mantendrá ni permitirá que exista ninguna licencia, excepto en cumplimiento con este capítulo y con excepción de lo dispuesto en las Secciones 33-23-3, 33-23-4, 33-

23-12, 33-23-13, 33-23-14, 33-23-16, 33-23-17, 33-23-29, 33-23-29.1 y 33-23-37 del Código. El Comisionado no emitirá una licencia a ningún solicitante individual que no cumpla o no se ajuste a las calificaciones o requisitos establecidos en los párrafos (1) a (7) de esta subsección:

(1) El solicitante individual deberá ser residente de este estado y residir y estar presente en el mismo durante al menos seis meses de cada año, o ser un individuo cuyo lugar principal de negocios se encuentre dentro de este estado; siempre que, en ciudades, pueblos o áreas comerciales, ya sea que no estén incorporadas o que estén compuestas por dos o más ciudades o pueblos incorporados, ubicados parcialmente dentro y parcialmente fuera de este estado, los requisitos en cuanto a residencia y lugar principal de negocios se consideren cumplidos si la residencia o el lugar de negocios se encuentra en cualquier parte de la ciudad, pueblo o área comercial y si el otro estado en el que se encuentra parcialmente la ciudad, pueblo o área comercial ha establecido requisitos similares en cuanto a residencia y lugar de negocios. El individuo que solicita una licencia de agente, ajustador o consejero deberá tener al menos 18 años de edad;

(2) Si se solicita una licencia de agente para seguros de propiedad y accidentes, el solicitante no deberá usar ni tener intención de usar dicha licencia con el propósito de obtener un reembolso o comisión sobre negocios controlados; y el solicitante no deberá, en ningún año calendario, efectuar negocios controlados que totalicen hasta el 25 por ciento del volumen de seguros efectuados por dicho solicitante durante dicho año, medido por los montos comparativos de las primas;

(3) El solicitante individual deberá ser de buena conducta;

(4) El solicitante individual deberá aprobar cualquier examen escrito requerido para la licencia por este artículo, siempre que:

(A) No se exigirá a una persona que solicite una licencia de agente de seguros en este estado que haya obtenido previamente una licencia para las mismas líneas de autoridad en otro estado que complete ningún curso de formación o examen previo a la obtención de la licencia. Esta exención solo estará disponible si la persona tiene actualmente una licencia en ese estado o si la solicitud se recibe dentro de los 90 días posteriores a la cancelación de la licencia anterior del solicitante y si el estado anterior emite una certificación de que, en el momento de la cancelación, el solicitante se encontraba en regla en ese estado o si los registros de la base de datos de productores del estado que mantiene la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, sus afiliados o subsidiarias indican que el agente tiene o tenía una licencia en regla para la línea de autoridad solicitada; y

(B) Una persona con licencia como agente de seguros en otro estado que se mude a este estado deberá presentar una solicitud dentro de los 90 días de establecer su residencia legal para convertirse en un licenciatario residente de conformidad con la Sección 33-23-8 del Código. No se le exigirá a esa persona educación o examen previos a la obtención de la licencia para obtener una licencia para cualquier línea de autoridad que haya tenido previamente en el estado anterior, excepto cuando el Comisionado determine lo contrario mediante una norma o reglamento;

(5) Si solicita una licencia como consejero, el solicitante deberá demostrar que tiene cinco años de experiencia como agente, subagente o ajustador o en alguna otra fase del negocio de seguros o tiene suficientes calificaciones o experiencia docente o educativa que, en opinión del Comisionado, lo han calificado para actuar como tal consejero; y el solicitante deberá aprobar el examen que requiera el Comisionado a menos que dicho solicitante sea eximido por el Comisionado, con base en la experiencia y las calificaciones del solicitante y de conformidad con un reglamento adoptado por el Comisionado;

(6) Si se solicita una licencia de agente, una licencia de subagente limitada o una licencia de ajustador, ningún solicitante estará calificado para ello ni recibirá dicha licencia a menos que haya completado con éxito cursos de aula sobre seguros satisfactorios para el Comisionado en una escuela que haya sido aprobada por el Comisionado; y

(7) El Comisionado establecerá mediante reglamentación o reglamento los criterios y procedimientos para el alcance de los requisitos previos a la licencia y las exenciones, si las hubiere, a los requisitos previos a la licencia o al examen.

(b) A una persona que tenía licencia como agente, consejero, subagente limitado, corredor de seguros excedentes o ajustador en el momento en que dicha persona fue empleada por el Comisionado y que mientras estaba empleada estaba empleada en tareas de seguros responsables como empleado de buena fe a tiempo completo, se le permitirá restablecer su licencia al finalizar el empleo si se presenta una solicitud por escrito dentro de los 90 días posteriores a la fecha de finalización del empleo con el Comisionado.

(c) Los licenciatarios activos que soliciten licencias adicionales y las personas que soliciten la reinstalación de una licencia antes de los seis meses a partir de la fecha de vencimiento de la licencia no estarán obligados a presentar huellas dactilares de conformidad con la Sección 33-23-5.1 del Código.

(d) No obstante lo dispuesto en el párrafo (1) del inciso (a) de esta sección del Código, ningún residente de Canadá podrá obtener una licencia como ajustador independiente de conformidad con esta sección del Código ni designar a Georgia

como su estado de origen a menos que dicha persona haya aprobado con éxito el examen de ajustador y haya cumplido con otras partes aplicables de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 7, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2009 107, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2009.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 667, § 7, en vigencia a partir del 1 de julio de 2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 2, § 33, en vigor desde el 12/2/2001.

Artículo 33-23-5.1 - Datos de la condena

(a) Según se utiliza en esta sección del Código, el término "datos de condena" significa un registro de un hallazgo o veredicto de culpabilidad o una declaración de culpabilidad o nolo contendere con respecto a cualquier delito, independientemente de si se ha solicitado una apelación de la condena.

(b) Con respecto a los requisitos del párrafo (3) de la subsección (a) de la Sección 33-23-5 del Código, el Comisionado estará autorizado a obtener datos de condenas con respecto a un solicitante según lo autorizado en esta sección del Código. El Comisionado deberá presentar al Centro de Información Criminal de Georgia dos juegos completos de huellas dactilares del solicitante de nombramiento o empleo, las tarifas de búsqueda de registros requeridas y cualquier otra información que pueda requerirse. Al recibir dicho material, el Centro de Información Criminal de Georgia enviará de inmediato un juego de huellas dactilares a la Oficina Federal de Investigaciones para una búsqueda de registros de la oficina y la preparación de un informe apropiado sobre dicha búsqueda de registros y conservará el otro juego y realizará de inmediato una búsqueda de sus propios registros y todos los registros a los que el centro tenga acceso. El Centro de Información Criminal de Georgia notificará al Comisionado por escrito sobre cualquier hallazgo despectivo,

incluyendo, pero no limitado a, cualquier dato de condena relacionado con la verificación de registros de huellas dactilares o si no existe tal hallazgo. Todos los datos de condenas que reciba el Comisionado no serán un registro público, serán confidenciales y no se divulgarán a ninguna otra persona u organismo, excepto según lo dispuesto en esta sección del Código y excepto a cualquier persona u organismo que de otra manera tenga el derecho legal de inspeccionar el expediente de empleo. El Comisionado conservará todos esos registros de conformidad con las leyes sobre dichos registros y las normas y reglamentos de la Oficina Federal de Investigaciones y el Centro de Información Criminal de Georgia, según corresponda.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2009 107, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2009.

Agregado por 2008 Ga. Laws 767,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Sección 33-23-6 - Requisitos de fianza para solicitantes de licencia de ajustador

Además de otras disposiciones aplicables de este capítulo, un solicitante de una licencia de ajustador público debe haber presentado previamente una fianza según lo requiera la regla o regulación del Comisionado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-7 - Requisito de fianza para solicitantes de licencia de consejero

Además de otras disposiciones aplicables de este capítulo, un solicitante de licencia de consejero debe haber presentado previamente una fianza según lo requiera la regla o regulación del Comisionado.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-8 - Forma y contenido de la solicitud de licencia; tarifas

(a) Un solicitante individual de cualquier licencia requerida por este capítulo deberá presentar ante el Comisionado una solicitud en los formularios prescritos por el Comisionado.

(b) Si la solicitud es para una licencia de agente o subagente limitado, la solicitud deberá indicar los tipos de seguros que se proponen contratar. Si la solicitud es como subagente limitado, el solicitante deberá ser designado como subagente limitado por un agente patrocinador antes de la emisión de dicha licencia.

(c) En cuanto a cualquier solicitud de licencia o certificado de autoridad de subagente limitado, el Comisionado exigirá como parte de la solicitud un certificado

del agente patrocinador que se propone representar. El certificado deberá indicar, en relación con el carácter del solicitante, incluidos los antecedentes penales, la identidad, la residencia, la experiencia y la instrucción sobre los tipos de seguros que se van a negociar, que el agente patrocinador está convencido de que el solicitante es digno de confianza y está calificado para actuar como subagente limitado y presentarse de buena fe ante el público en general como subagente limitado y el hecho de que el agente patrocinador desea que el solicitante tenga licencia como subagente limitado para representarlo en este estado.

(d) Cada solicitante de una licencia de agencia deberá presentar ante el Comisionado la información requerida bajo la Sección 33-23-3 del Código.

(e) Todas estas solicitudes deberán ir acompañadas de los derechos correspondientes en los montos respectivos establecidos por la ley.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-9 - Material de estudio para los aspirantes

Las normas y reglamentos del Comisionado designarán los libros de texto, manuales y otros materiales que el solicitante deberá estudiar como preparación para los exámenes en cada clasificación designada por el Comisionado. Los libros de texto, manuales u otros materiales pueden consistir en material disponible para los solicitantes mediante compra a la editorial o pueden consistir en material preparado por orden del Comisionado y distribuido a los solicitantes a pedido y previo pago de costos razonables. Cuando los libros de texto, manuales u otros materiales hayan sido designados por el Comisionado o preparados por orden de este, todas las preguntas de los exámenes se prepararán a partir del contenido de esos libros de texto, manuales u otros materiales.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-10 - Examen de los solicitantes

(a) Cada solicitante individual de una licencia como agente, subagente limitado, asesor, ajustador o corredor de seguros excedentes deberá someterse a un examen personal por escrito sobre su competencia para actuar en tal capacidad. El examen será preparado y administrado por el Comisionado o una persona

designada por el Comisionado y se administrará y calificará de manera justa e imparcial y sin discriminación injusta entre las personas examinadas. Cualquier examen requerido podrá ser complementado con un examen oral a discreción del Comisionado. El Comisionado establecerá mediante regla o reglamento un período de espera razonable antes de realizar un nuevo examen a un solicitante que no haya aprobado un examen similar anterior.

(b) El Comisionado establecerá mediante regla o reglamento criterios y procedimientos para:

(1) El alcance de cualquier examen; y

(2) Exenciones, si las hubiere, a los exámenes, siempre que el Comisionado no se exima, bajo ninguna circunstancia, de ningún requisito de examen escrito establecido en esta sección del Código.

(c) A un solicitante de una licencia para actuar como agente, subagente limitado, corredor de líneas excedentes, consejero o ajustador que haya tenido una licencia válida para actuar como tal que caducó mientras el solicitante era miembro de cualquier rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos se le concederá una nueva licencia si la solicitud se presenta dentro de un período de cinco años a partir de la fecha de vencimiento de la licencia anterior y se proporciona prueba satisfactoria para el Comisionado de que:

(1) El individuo era miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos en el momento en que caducó la licencia anterior; y

(2) El servicio del individuo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos no finalizó más de un año antes de la fecha de solicitud de una nueva licencia.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 112, § 9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2011.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-11 - Expedición y contenido de la licencia; exhibición del certificado de licencia

(a) El Comisionado expedirá las licencias solicitadas a las personas que reúnan los requisitos para obtenerlas de conformidad con este artículo.

(b) La licencia deberá indicar el nombre y la dirección del licenciatario, la fecha de emisión, las condiciones generales relativas a la expiración o terminación, el tipo o tipos de seguro cubiertos si no se trata de una licencia de agencia de seguros, y las demás condiciones de la licencia.

(c) A petición de un licenciatario en virtud de este capítulo, el Comisionado deberá proporcionar un certificado de licencia que deberá ser apto para exhibir en el establecimiento comercial del licenciatario. El Comisionado deberá establecer mediante reglamentación los procedimientos de solicitud del certificado y la forma y contenido del mismo.

(d) El Comisionado tendrá la autoridad de celebrar acuerdos con personas con el propósito de proporcionar pruebas de licencia, servicios administrativos, mantenimiento de registros, impresión, montaje y otros servicios relacionados con la administración de las funciones del Comisionado bajo este artículo y establecer cargos apropiados por regla o reglamento para cubrir los costos de tales servicios que serán adicionales a los honorarios previstos de otra manera en este título y podrán ser pagados directamente a los proveedores de tales servicios. El Comisionado puede requerir que los solicitantes de licencias paguen dichos cargos por pruebas de licencia y por el costo de impresión y montaje de un certificado de licencia que sea adecuado para exhibir directamente al proveedor de tales servicios. El Comisionado puede requerir que las aseguradoras paguen dichos cargos por pruebas de licencia, servicios administrativos, mantenimiento de registros y otros servicios previstos en esta subsección directamente al proveedor de tales servicios en una cantidad correspondiente al número de sus agentes autorizados.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 406, § 3, en vigencia a partir del 30/6/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-12 - Licencias limitadas

(a) Excepto lo dispuesto en la subsección (b) de esta sección del Código para licencias de seguro de crédito, la subsección (b.1) de esta sección del Código, la subsección (c) de esta sección del Código para compañías de alquiler, la subsección (d) de esta sección del Código para dispositivos electrónicos portátiles y la

subsección (f) de esta sección del Código para seguros de viaje, el Comisionado podrá establecer mediante regla o reglamento licencias cuyo alcance esté limitado a líneas o sublíneas específicas de seguro.

(b)

(1) Se expedirán licencias a personas físicas con el fin de suscribir seguros de crédito conforme a lo dispuesto en esta subsección.

(2) Los solicitantes residentes deben estar patrocinados por una aseguradora autorizada para emitir seguros de crédito en este estado, y el solicitante debe certificar que ha leído y comprende las disposiciones de este título y las reglamentaciones promulgadas de conformidad con este título que son pertinentes al seguro de crédito en este estado.

(3) Los solicitantes no residentes deben seguir el proceso de designación establecido en la subsección (g) de la Sección 33-23-16 del Código.

(4) No se requerirá educación previa a la obtención de la licencia ni examen previo a la obtención de la misma para la emisión de dicha licencia, y la aseguradora deberá certificar que el licenciatario ha completado un mínimo de cinco horas de estudio autodidacta en temas de seguro de crédito.

(5) Las líneas o sublíneas de seguros incluidas en el alcance de autoridad de las licencias de seguro de crédito emitidas conforme a esta sección del Código incluirán, pero no se limitarán a, las siguientes:

(A) Seguros de vida y de accidentes y enfermedades de crédito;

(B) Seguro de accidentes de crédito;

(C) Seguro de propiedad crediticia;

(D) Seguro de desempleo crediticio;

(E) Seguro por muerte accidental y desmembramiento;

(F) No presentación o no registro de seguros;

(G) Seguro de interés único de los vendedores; y

(H) Cualquier otra línea o sublínea de seguros que pueda llegar a ser aceptada como seguro de crédito por las industrias de seguros y préstamos, a menos que el Comisionado la desapruebe.

(b.1)

(1) En lugar de exigir a los empleados individuales que obtengan una licencia de seguro de crédito limitada de conformidad con las disposiciones de la subsección

(b) de esta sección del Código, cualquier entidad comercial que venda, solicite o negocie las líneas o sublíneas de seguro de crédito de conformidad con el párrafo (5) de la subsección (b) de esta sección del Código puede presentar una solicitud al Comisionado para obtener una licencia de agencia de seguro de crédito limitada siempre que:

(A) La entidad examina el carácter y la idoneidad de cada uno de sus empleados que venden, solicitan o negocian seguros de crédito en su nombre a satisfacción del Comisionado, lo que incluye, entre otros, la realización de verificaciones de antecedentes penales;

(B) La entidad proporciona al menos cinco horas de capacitación sobre conceptos básicos mínimos de seguros y temas de seguros de crédito a sus empleados que venden, solicitan o negocian seguros de crédito en su nombre antes de permitir que estos empleados vendan, soliciten o negocien dichos seguros. El Comisionado aprobará los materiales para este curso de capacitación de la manera prevista por las normas y reglamentos. La entidad mantendrá registros del cumplimiento de este subpárrafo y presentará dichos registros a solicitud del Comisionado;

(C) La entidad imparte al menos dos horas anuales de cursos de educación continua impartidos por dicha entidad o por una aseguradora a sus empleados que venden, solicitan o negocian seguros de crédito en su nombre. El Comisionado aprobará los materiales para este curso de capacitación mediante normas y reglamentos. Dicha entidad mantendrá registros del cumplimiento de este subpárrafo y presentará dichos registros a solicitud del Comisionado;

(D) La entidad presenta al Comisionado junto con su solicitud de licencia una lista de empleados que venden, solicitan o negocian seguros de crédito en nombre de la entidad de la manera que prescriba el Comisionado. Dicha entidad actualizará dicha lista de empleados de la manera que prescriba el Comisionado; y

(E) La entidad presenta al Comisionado, junto con su solicitud de licencia, una lista de todos los lugares físicos donde sus empleados venden, solicitan o negocian seguros de crédito en su nombre. La entidad actualizará dicha lista de la manera que determine el Comisionado.

(2) La entidad deberá presentar al Comisionado una solicitud para obtener una licencia de agencia de seguro de crédito limitada en la forma o formas y proporcionando la información que el Comisionado prescriba y deberá pagar una tarifa de licencia inicial de conformidad con la Sección 33-8-1 del Código o según lo dispuesto por las normas y reglamentos.

(3) Las líneas o sublíneas de seguros incluidas en el alcance de autoridad de las licencias de agencias de seguro de crédito limitadas emitidas bajo esta subsección

incluirán las licencias previstas en el párrafo (5) de la subsección (b) de esta sección del Código.

(4) Cualquier licencia de agencia de seguro de crédito limitada emitida bajo esta subsección también autorizará a cualquier empleado de dicho licenciatario limitado a actuar individualmente en nombre y bajo la supervisión de dicho licenciatario limitado con respecto a la venta, solicitud y negociación de los tipos de cobertura especificados en esta subsección únicamente y cualquier empleado estará autorizado a recibir una compensación relacionada, a pesar de cualquier otra disposición de la ley.

(5) En caso de que un licenciatario limitado o cualquier empleado que venda, solicite o negocie seguros de crédito en nombre de dicho licenciatario limitado viole alguna disposición de este título, el Comisionado podrá:

(A) Revocar, suspender o poner en libertad condicional la licencia de agencia de seguro de crédito limitada de la entidad emitida bajo esta subsección de conformidad con las disposiciones de las Secciones 33-23-21 y 33-23-22 del Código, y los procedimientos para la notificación y la realización de audiencias de conformidad con el Capítulo 2 de este título; o

(B) Imponer otras sanciones, incluyendo, entre otras, la suspensión de la transacción de seguros en lugares específicos donde se hayan producido violaciones de esta subsección, que el Comisionado determine que sean necesarias o convenientes para llevar a cabo los propósitos de esta subsección de conformidad con los procedimientos de notificación y realización de audiencias establecidos en el Capítulo 2 de este título.

(6) Una apelación de cualquier orden o decisión del Comisionado hecha de conformidad con esta subsección se llevará a cabo de conformidad con el Capítulo 2 de este título.

(7) Las licencias de agencias de seguros de crédito limitadas emitidas de conformidad con esta sección del Código se renovarán cada dos años el 31 de diciembre del año de renovación correspondiente. La entidad deberá presentar una solicitud de renovación de dichas licencias al Comisionado en el formulario o formularios que el Comisionado requiera y contendrá la información que éste requiera, y deberá pagar una tarifa de renovación de licencia de conformidad con la Sección 33-8-1 del Código y las normas y reglamentos.

(do)

(1) Tal como se utiliza en esta subsección, el término:

(A) "Licenciatario limitado" significa una persona o entidad autorizada a vender ciertas coberturas relacionadas con el alquiler de vehículos de conformidad con las disposiciones de esta subsección.

(B) "Contrato de alquiler" significa cualquier acuerdo escrito que establezca los términos y condiciones que rigen el uso de un vehículo proporcionado por la compañía de alquiler para alquiler o arrendamiento.

(C) "Empresa de alquiler" significa cualquier persona o entidad dedicada al negocio de proporcionar principalmente vehículos de pasajeros privados al público bajo un contrato de alquiler por un período que no exceda los 90 días.

(D) "Período de alquiler" significa el término del contrato de alquiler.

(E) "Arrendatario" significa cualquier persona que obtenga el uso de un vehículo de una compañía de alquiler bajo los términos de un contrato de alquiler por un período que no exceda los 90 días.

(F) "Vehículo" o "vehículo de alquiler" significa un vehículo de motor del tipo de pasajeros privados, incluyendo camionetas de pasajeros, minivans y vehículos utilitarios deportivos, y del tipo de carga, incluyendo camionetas de carga, camionetas pick-up y camiones con un peso bruto del vehículo de menos de 26,000 libras y que no requieren que el operador posea una licencia de conducir comercial.

(2) El Comisionado podrá emitir a una compañía de alquiler que haya cumplido con los requisitos de esta subsección una licencia limitada que autorice al licenciatario limitado a ofrecer o vender seguros a través de una aseguradora autorizada en relación con el alquiler de vehículos.

(3) Como requisito previo para la expedición de una licencia limitada conforme a esta subsección, se deberá presentar ante el Comisionado una solicitud de licencia limitada en el formulario o formularios y sus suplementos, y que contenga la información que el Comisionado pueda prescribir.

(4) En caso de que un licenciatario limitado viole alguna disposición de esta subsección, el Comisionado podrá:

(A) Después de la notificación y una audiencia, revocar o suspender una licencia limitada emitida bajo esta subsección de acuerdo con las disposiciones de las Secciones 33-23-21 y 33-23-22 del Código; o

(B) Después de notificarlo y celebrar una audiencia, imponer otras sanciones, incluida la suspensión de la transacción de seguros en lugares de alquiler específicos donde se hayan producido violaciones de esta subsección, que el

Comisionado considere necesarias o convenientes para llevar a cabo los propósitos de esta subsección.

(5) La compañía de alquiler autorizada de conformidad con el párrafo (2) de esta subsección solo puede ofrecer o vender seguros a través de aseguradoras autorizadas en relación con e incidental al alquiler de vehículos, ya sea en la oficina de alquiler o mediante preselección de cobertura en un contrato de alquiler individual, maestro, corporativo o grupal, en cualquiera de las siguientes categorías generales:

(A) Seguro de accidentes personales que cubra los riesgos de viaje, incluyendo, pero no limitado a, seguro de accidentes y salud que brinde cobertura, según corresponda, a los arrendatarios y otros ocupantes del vehículo de alquiler por muerte accidental o desmembramiento y reembolso de gastos médicos resultantes de un accidente que ocurra durante el período de alquiler;

(B) Seguro de responsabilidad civil, que, a opción exclusiva de la compañía de alquiler, puede incluir cobertura para conductores no asegurados o con seguro insuficiente, ya sea que se ofrezca por separado o en combinación con otro seguro de responsabilidad civil, que brinde cobertura, según corresponda, a los arrendatarios y otros conductores autorizados de vehículos de alquiler por responsabilidad que surja de la operación del vehículo de alquiler;

(C) Seguro de efectos personales que brinda cobertura, según corresponda, a los arrendatarios y otros ocupantes de vehículos de alquiler por la pérdida o daño de efectos personales que ocurra durante el período de alquiler;

(D) Programas de asistencia en carretera y de protección en caso de enfermedad de emergencia; y

(E) Cualquier otra cobertura relacionada con viajes o vehículos que una compañía de alquiler ofrezca en relación con el alquiler de vehículos.

(6) Un licenciatario limitado no ofrecerá ningún seguro de conformidad con esta subsección a menos que:

(A) El período de arrendamiento del contrato de alquiler no exceda de 90 días consecutivos;

(B) En cada lugar de alquiler donde se celebren contratos de alquiler, se encontrarán disponibles para el posible inquilino folletos u otros materiales escritos que:

(i) Resumir de forma clara y correcta los términos materiales de la cobertura ofrecida a los arrendatarios, incluida la identidad de la aseguradora;

(ii) Revelar que dichas pólizas ofrecidas por la compañía de alquiler pueden proporcionar una duplicación de la cobertura ya proporcionada por la póliza de seguro de automóvil personal del arrendatario , la póliza de seguro de propietario de vivienda, la póliza de seguro de responsabilidad personal u otra fuente de cobertura;

(iii) Establecer que la compra por parte del arrendatario de los tipos de cobertura especificados en esta subsección no es necesaria para alquilar un vehículo; y

(iv) Describir el proceso para presentar un reclamo en caso de que el arrendatario opte por comprar cobertura y en caso de un reclamo; y

(C) La evidencia de cobertura que figura en el anverso del contrato de alquiler se revela a cada inquilino que elige comprar dicha cobertura.

(7) Cualquier licencia limitada emitida bajo esta subsección también autorizará a cualquier empleado del licenciatario limitado a actuar individualmente en nombre y bajo la supervisión del licenciatario limitado con respecto a los tipos de cobertura especificados en esta subsección.

(8) Cada empresa de alquiler autorizada de conformidad con este inciso deberá proporcionar un programa de capacitación en el que los empleados que estén siendo capacitados por un instructor autorizado de conformidad con este artículo reciban instrucción básica sobre seguros acerca de los tipos de cobertura especificados en este inciso y que se ofrecen para su compra a los posibles arrendatarios de vehículos de alquiler. Además, cada empresa de alquiler deberá proporcionar a dichos empleados dos horas anuales de cursos de educación continua a cargo de un instructor autorizado de conformidad con este artículo. Una empresa de alquiler deberá certificar que, antes de ofrecer dichas coberturas, cada empleado ha recibido dicha instrucción.

(9) No obstante cualquier otra disposición de esta subsección o cualquier regla adoptada por el Comisionado, un licenciatario limitado conforme a esta subsección no estará obligado a tratar el dinero cobrado a los arrendatarios que adquieran dicho seguro al alquilar vehículos como fondos recibidos en calidad de fiduciario, siempre que los cargos por la cobertura se detallen y sean accesorios a una transacción de alquiler. No se permitirá la venta de seguros que no se realice en conjunto con una transacción de alquiler.

(10) Ningún licenciatario limitado bajo esta subsección podrá anunciar, representar o de otra manera promocionarse a sí mismo o a cualquiera de sus empleados como aseguradores, agentes de seguros o corredores de seguros con licencia.

(d)

(1) Tal como se utiliza en esta subsección, el término:

(A) "Cliente" significa una persona que compra productos electrónicos portátiles o servicios.

(B) "Cliente inscrito" significa un cliente que elige la cobertura bajo una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles emitida a un proveedor de dispositivos electrónicos portátiles.

(C) "Ubicación" significa cualquier ubicación física en este estado o cualquier sitio web, sitio de centro de llamadas o ubicación similar dirigida a los residentes de este estado.

(D) "Electrónica portátil" significa teléfonos, buscapersonas, asistentes digitales personales, computadoras portátiles, contestadores automáticos, teléfonos celulares, baterías y otros dispositivos similares y sus accesorios e incluye servicios relacionados con el uso de dichos dispositivos, incluyendo, pero no limitado a, el acceso individual del cliente a una red inalámbrica.

(E) "Seguro para dispositivos electrónicos portátiles" significa un seguro que brinda cobertura para la reparación o el reemplazo de dispositivos electrónicos portátiles y que puede brindar cobertura para dispositivos electrónicos portátiles contra uno o más de los siguientes motivos: pérdida, robo, inoperancia debido a falla mecánica, mal funcionamiento, daño u otras causas similares de pérdida. Dicho término no incluirá un contrato de servicio o garantía extendida que brinde cobertura limitada a la reparación, reemplazo o mantenimiento de la propiedad en casos de falla operativa o estructural debido a un defecto en los materiales, mano de obra, daño accidental por manipulación, sobretensiones o desgaste normal.

(F) "Transacción de productos electrónicos portátiles" significa la venta o arrendamiento de productos electrónicos portátiles por parte de un vendedor a un cliente o la venta de un servicio relacionado con el uso de productos electrónicos portátiles por parte de un vendedor a un cliente.

(G) "Entidad supervisora" significa una entidad comercial que es una aseguradora autorizada, o un productor de seguros que está autorizado por una aseguradora autorizada, para supervisar la administración de un programa de seguro de dispositivos electrónicos portátiles.

(H) "Vendedor" significa una persona que se dedica a realizar transacciones de productos electrónicos portátiles de manera directa o indirecta.

(2) El Comisionado podrá emitir a un vendedor minorista de productos electrónicos portátiles que haya cumplido con los requisitos de esta subsección una licencia

limitada que autorice al licenciatario limitado a ofrecer o vender pólizas de seguro de productos electrónicos portátiles.

(3) Una licencia limitada emitida bajo esta subsección autorizará a cualquier empleado o representante autorizado del vendedor a vender u ofrecer cobertura bajo una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles a clientes en cada ubicación donde el vendedor realice transacciones de dispositivos electrónicos portátiles.

(4) La entidad supervisora deberá mantener un registro de los lugares de venta autorizados para vender o solicitar cobertura de seguro para equipos electrónicos portátiles en este estado. A pedido del Comisionado y con diez días de aviso a la entidad supervisora, el registro estará abierto para inspección y examen por parte del Comisionado durante el horario de trabajo habitual de la entidad supervisora.

(5) La venta de dichas pólizas de seguro se limitará a las ventas relacionadas con la venta o prestación de servicios para productos electrónicos portátiles por parte del vendedor minorista.

(6) En cada lugar donde se ofrezca seguro de dispositivos electrónicos portátiles a los clientes, se pondrán a disposición de los posibles clientes folletos u otros materiales escritos que:

(A) Indicar que no es necesaria la inscripción del cliente en un programa de seguro de dispositivos electrónicos portátiles para comprar o arrendar dispositivos electrónicos portátiles o servicios;

(B) Resuma los términos materiales de la cobertura del seguro, incluyendo:

(i) La identidad del asegurador;

(ii) La identidad de la entidad supervisora;

(iii) El monto de cualquier deducible aplicable y cómo deberá pagarse;

(iv) Beneficios de la cobertura; y

(v) Términos y condiciones clave de la cobertura, tales como si los dispositivos electrónicos portátiles pueden repararse o reemplazarse con una marca y modelo similar o con partes o equipos reacondicionados o no originales del fabricante;

(C) Resumir el proceso para presentar un reclamo, incluyendo una descripción de cómo devolver dispositivos electrónicos portátiles y la tarifa máxima aplicable en caso de que el cliente no cumpla con los requisitos de devolución del equipo; y

(D) Establecer que un cliente inscrito puede cancelar su inscripción para la cobertura de una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles en

cualquier momento y la persona que paga la prima recibirá un reembolso de cualquier prima no devengada correspondiente.

(7) El seguro de dispositivos electrónicos portátiles se puede ofrecer de forma mensual o periódica como póliza de grupo o general para navegación interior comercial emitida a un vendedor de dispositivos electrónicos portátiles para sus clientes inscritos. La cobertura del seguro de dispositivos electrónicos portátiles será primaria respecto de cualquier otro seguro.

(8) Se establecerán estándares de elegibilidad y suscripción para los clientes que elijan inscribirse en la cobertura para cada programa de seguro de dispositivos electrónicos portátiles.

(9) Sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, los empleados o representantes autorizados de un vendedor de productos electrónicos portátiles no serán compensados principalmente en función de la cantidad de clientes inscritos para la cobertura de seguro de productos electrónicos portátiles, pero podrán recibir una compensación por actividades bajo la licencia limitada que sean incidentales a su compensación general.

(10) Los cargos por la cobertura de seguro de dispositivos electrónicos portátiles pueden ser facturados y cobrados por el vendedor de dispositivos electrónicos portátiles. Cualquier cargo al cliente inscrito por cobertura que no esté incluida en el costo asociado con la compra o alquiler de dispositivos electrónicos portátiles o servicios relacionados, deberá detallarse por separado en la factura del cliente inscrito. Si la cobertura de seguro de dispositivos electrónicos portátiles está incluida con la compra o alquiler de dispositivos electrónicos portátiles o servicios relacionados, el vendedor deberá informar de manera clara y visible al cliente inscrito que la cobertura de seguro de dispositivos electrónicos portátiles está incluida con los dispositivos electrónicos portátiles o servicios relacionados. Los vendedores que facturen y cobren dichos cargos no estarán obligados a mantener dichos fondos en una cuenta separada, siempre que el vendedor esté autorizado por la aseguradora a mantener dichos fondos de una manera alternativa y remita dichos montos a la entidad supervisora dentro de los 60 días posteriores a la recepción. Todos los fondos recibidos por un vendedor de un cliente inscrito por la venta de seguro de dispositivos electrónicos portátiles se considerarán fondos mantenidos en fideicomiso por el vendedor en una capacidad fiduciaria para el beneficio de la aseguradora. Los proveedores pueden recibir una compensación por servicios de facturación y cobro.

(11) Como requisito previo para la expedición de una licencia limitada en virtud de esta subsección, se deberá presentar ante el Comisionado una solicitud para dicha

licencia o licencias limitadas en la forma y manera que el Comisionado prescriba. La solicitud deberá incluir:

(A) El nombre, la dirección residencial y otra información requerida por el Comisionado de un empleado o funcionario del vendedor que sea designado por el solicitante como la persona responsable del cumplimiento por parte del vendedor de los requisitos de esta subsección;

(B) Si el vendedor obtiene más del 50 por ciento de sus ingresos de la venta de seguros para dispositivos electrónicos portátiles, la información requerida por el subpárrafo (A) de este párrafo para todos los funcionarios, directores y accionistas registrados que tengan propiedad beneficiosa del 10 por ciento o más de cualquier clase de valores registrados bajo la ley federal de valores; y

(C) La ubicación de la oficina central del solicitante.

(12) Los empleados y representantes autorizados de los vendedores pueden vender u ofrecer seguros para dispositivos electrónicos portátiles a los clientes y no estarán sujetos a la obtención de una licencia como productor de seguros de conformidad con esta sección del Código, siempre que la entidad supervisora supervise la administración de un programa de capacitación en el que los empleados y representantes autorizados de un vendedor recibirán capacitación y recibirán instrucción básica sobre seguros acerca del tipo de cobertura autorizada en esta subsección y ofrecida para su compra por posibles compradores. La capacitación requerida por esta subsección puede brindarse en formato electrónico. Sin embargo, si se brinda en formato electrónico, la entidad supervisora implementará un programa de educación complementario sobre el seguro para dispositivos electrónicos portátiles que sea realizado y supervisado por un instructor autorizado de conformidad con este artículo.

(13) No se requerirá ningún examen previo a la obtención de dicha licencia.

(14) Si un vendedor o su empleado o representante autorizado viola cualquier disposición de esta subsección, el Comisionado podrá imponer cualquiera de las siguientes sanciones:

(A) Después de notificación y audiencia, multas que no excedan $500.00 por infracción o $5,000.00 en total por dicha conducta;

(B) Después de la notificación y audiencia, otras sanciones que el Comisionado considere necesarias y razonables para llevar a cabo el propósito de este artículo, incluyendo:

(i) Suspender el privilegio de realizar transacciones de seguros de dispositivos electrónicos portátiles de conformidad con esta subsección en lugares comerciales específicos donde se hayan producido infracciones; y

(ii) Suspender o revocar la capacidad de empleados individuales o representantes autorizados para actuar bajo la licencia;

(15) No obstante cualquier otra disposición legal:

(A) Una aseguradora puede terminar o cambiar de otro modo los términos y condiciones de una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles únicamente mediante notificación al titular de la póliza y a los clientes inscritos con al menos 60 días de anticipación;

(B) Si la aseguradora cambia los términos y condiciones, entonces dicha aseguradora deberá proporcionar al vendedor una póliza o endoso revisado y a cada cliente inscrito un certificado revisado, endoso, folleto actualizado u otra evidencia que indique que ha ocurrido un cambio en los términos y condiciones y un resumen de dichos cambios;

(C) No obstante el subpárrafo (A) de este párrafo, una aseguradora puede terminar la inscripción de un cliente inscrito en una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles mediante un aviso con 15 días de anticipación por descubrimiento de fraude o tergiversación material en la obtención de cobertura o en la presentación de un reclamo;

(D) No obstante lo dispuesto en el subpárrafo (A) de este párrafo, una aseguradora podrá rescindir inmediatamente la inscripción de un cliente inscrito en una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles:

(i) Por falta de pago de la prima;

(ii) Si el cliente inscrito deja de tener un servicio activo con el proveedor de dispositivos electrónicos portátiles; o

(iii) Si el cliente inscrito agota el límite total de responsabilidad, si lo hubiera, según los términos de la póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles y la aseguradora envía un aviso de terminación al cliente inscrito dentro de los 30 días calendario posteriores al agotamiento del límite. Sin embargo, si el aviso no se envía a tiempo, la inscripción continuará a pesar del límite total de responsabilidad hasta que la aseguradora envíe un aviso de terminación al cliente inscrito; y

(E) Cuando un asegurado rescinda una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles, el vendedor deberá enviar por correo o entregar una notificación escrita a cada cliente inscrito para informarle sobre la rescisión de la

póliza y la fecha de entrada en vigor de la rescisión. La notificación escrita deberá enviarse por correo o entregarse al cliente inscrito al menos 30 días antes de la rescisión.

(16) Siempre que se requiera notificación o correspondencia con respecto a una póliza de seguro de dispositivos electrónicos portátiles de conformidad con esta subsección o que la ley lo requiera de otra manera, deberá ser por escrito y enviarse dentro del período de notificación, si lo hubiera, especificado en la ley o reglamento que requiere la notificación o correspondencia. No obstante cualquier otra disposición de la ley, las notificaciones y la correspondencia pueden enviarse por correo o por medios electrónicos según lo establecido en este párrafo. Si la notificación o correspondencia se envía por correo, se enviará al vendedor de dispositivos electrónicos portátiles a la dirección postal del vendedor especificada para tal fin y a las últimas direcciones postales conocidas de sus clientes inscritos afectados que estén registradas en el asegurador. El asegurador o el vendedor de dispositivos electrónicos portátiles, según sea el caso, deberá mantener prueba del envío en una forma autorizada o aceptada por el Servicio Postal de los Estados Unidos u otro servicio de entrega de correo comercial. Si el aviso o la correspondencia se envían por medios electrónicos, se enviarán al vendedor de dispositivos electrónicos portátiles a la dirección de correo electrónico del vendedor especificada para tal fin y a la última dirección de correo electrónico conocida de sus clientes inscritos afectados que cada cliente inscrito haya proporcionado a la aseguradora o al vendedor de dispositivos electrónicos portátiles, según sea el caso. Para los fines de este párrafo, el hecho de que un cliente inscrito proporcione una dirección de correo electrónico a la aseguradora o al vendedor de dispositivos electrónicos portátiles, según sea el caso, se considerará como consentimiento para recibir avisos y correspondencia por medios electrónicos. La aseguradora o el vendedor de dispositivos electrónicos portátiles, según sea el caso, deberán conservar prueba de que se envió el aviso o la correspondencia.

(17) La notificación o correspondencia requerida por esta subsección o de otra manera requerida por la ley puede ser enviada en nombre de un asegurador o vendedor, según sea el caso, por la entidad supervisora designada por el asegurador.

(mi)

(1) Tal como se utiliza en esta subsección, el término:

(A) "Licenciatario limitado" significa un propietario autorizado para actuar como agente de un proveedor de seguros con el fin de vender ciertas coberturas de

seguro para propiedad personal mantenida en instalaciones de almacenamiento de autoservicio de conformidad con esta subsección.

(B) "Ocupante" significa una persona, su subarrendatario, sucesor o cesionario con derecho a utilizar el espacio de almacenamiento en una instalación de almacenamiento de autoservicio en virtud de un contrato de alquiler, con exclusión de otros.

(C) "Propietario" significa el propietario, operador, arrendador o subarrendador de una instalación de almacenamiento de autoservicio, su agente o cualquier otra persona autorizada por él o ella para administrar la instalación de almacenamiento de autoservicio o para recibir alquiler de un ocupante bajo un contrato de alquiler.

(D) "Propiedad personal" significa propiedad mueble no fijada a la tierra e incluye, pero no se limita a, bienes, artículos, mercaderías, vehículos de motor, embarcaciones y artículos y muebles del hogar.

(E) "Contrato de alquiler" significa cualquier contrato o arrendamiento, escrito u oral, que establece o modifica los términos, condiciones, reglas o cualquier otra disposición relativa al uso y ocupación de una instalación de almacenamiento de autoservicio.

(F) "Instalación de almacenamiento de autoservicio" significa cualquier propiedad inmobiliaria diseñada y utilizada con el propósito de alquilar o arrendar espacio de almacenamiento individual a ocupantes que tendrán acceso a dicho espacio con el propósito de almacenar y retirar bienes personales. Ningún ocupante podrá utilizar una instalación de almacenamiento de autoservicio con fines residenciales. Una instalación de almacenamiento de autoservicio no es un almacén en el sentido del Artículo 1 del Capítulo 4 del Título 10 de la "Ley de Almacenes del Estado de Georgia". Una instalación de almacenamiento de autoservicio no es una caja de seguridad o bóveda mantenida por bancos, compañías fiduciarias u otras entidades financieras.

(2) El Comisionado puede emitir a un propietario que cumpla con los requisitos de esta subsección una licencia limitada que autorice al licenciatario limitado a ofrecer o vender seguros a través de una aseguradora autorizada en relación con una instalación de almacenamiento de autoservicio.

(3) Un licenciatario limitado estará autorizado a ofrecer o vender seguros en nombre de una aseguradora autorizada únicamente en relación con un contrato de alquiler y únicamente para una póliza individual emitida a un ocupante individual o como una póliza grupal para ocupantes para el seguro de propiedad personal. Un licenciatario limitado solo estará autorizado a brindar a los ocupantes cobertura de seguro para:

(A) La pérdida o daño de propiedad personal almacenada en una instalación de almacenamiento de autoservicio cuando la pérdida o daño ocurre en dicha instalación de almacenamiento de autoservicio durante el contrato de alquiler del ocupante; o

(B) Cualquier otra pérdida directamente relacionada con el contrato de alquiler de un ocupante.

(4) No se emitirá ningún seguro de conformidad con esta subsección a menos que el titular de la licencia limitada proporcione a un posible ocupante material escrito que:

(A) Proporciona un resumen de los términos de la cobertura del seguro, incluida la identidad de la aseguradora;

(B) Revela de manera visible que la póliza de seguro puede proporcionar una duplicación de la cobertura ya proporcionada por una póliza de seguro existente;

(C) Describe el proceso para presentar un reclamo en caso de que el ocupante elija comprar cobertura y experimente una pérdida cubierta;

(D) Proporciona información sobre el precio, deducible, beneficios, exclusiones, condiciones y cualquier otra limitación de dicha póliza;

(E) Establece que el licenciatario limitado no está autorizado a evaluar la idoneidad de las coberturas de seguro existentes del ocupante, a menos que dicho licenciatario limitado esté autorizado de otra manera; y

(F) Establece que el ocupante puede cancelar el seguro en cualquier momento y cualquier prima no devengada será reembolsada de acuerdo con la ley aplicable.

(5) No obstante cualquier otra disposición de esta subsección o cualquier regla adoptada por el Comisionado, un licenciatario limitado autorizado de conformidad con esta subsección no estará obligado a tratar el dinero cobrado de los ocupantes en virtud de contratos de alquiler como fondos recibidos en calidad de fiduciario, siempre que los cargos por la cobertura se detallen y sean accesorios a un contrato de alquiler. No se permitirá la venta de seguros que no se realice en conjunto con un contrato de alquiler.

(6) Cualquier licencia limitada emitida bajo esta subsección también autorizará a cualquier empleado del licenciatario limitado a actuar individualmente en nombre y bajo la supervisión del licenciatario limitado con respecto a los tipos de cobertura especificados en esta subsección.

(7) Cada propietario autorizado de conformidad con esta subsección deberá proporcionar un programa de capacitación en el cual los empleados y

representantes autorizados de dicho propietario serán capacitados por un instructor autorizado de conformidad con este artículo y recibirán instrucción básica sobre seguros acerca del tipo de cobertura autorizada en esta subsección y ofrecida para su compra por posibles ocupantes.

(8) Como requisito previo para la expedición de una licencia limitada conforme a esta subsección, se deberá presentar ante el Comisionado una solicitud de licencia limitada en el formulario o formularios y sus suplementos, y que contenga la información que el Comisionado pueda prescribir.

(9) En el caso de que un licenciatario limitado o un empleado de un licenciatario limitado viole cualquier disposición de este título, el licenciatario limitado estará sujeto a todas las sanciones, multas, sanciones penales y otras acciones autorizadas por este título.

(10) No se requerirá ningún examen previo a la obtención de la licencia para la emisión de una licencia limitada de conformidad con esta subsección.

(F)

(1) Tal como se utiliza en esta subsección, el término:

(A) "Sitio agregador" significa un sitio web que proporciona acceso a información sobre productos de seguros de más de una aseguradora, incluida información sobre productos y aseguradoras, para su uso en compras comparativas.

(B) "Seguro de viaje general" significa una póliza de seguro de viaje emitida a cualquier grupo elegible que proporciona cobertura para clases específicas de personas definidas en la póliza con cobertura proporcionada a todos los miembros del grupo elegible sin un cargo separado para los miembros individuales del grupo elegible.

(C) "Exención de la tarifa de cancelación" significa un acuerdo contractual entre un proveedor de servicios de viajes y su cliente para eximir algunas o todas las disposiciones sobre tarifas de cancelación no reembolsables del contrato de viaje subyacente del proveedor, independientemente o no del motivo de la cancelación o la forma de reembolso. Dicho término no se considerará un seguro.

(D) "Grupo elegible" significa dos o más personas que participan en una empresa común o tienen una afinidad o relación económica, educativa o social, incluyendo, entre otras, cualquiera de las siguientes:

(i) Cualquier entidad dedicada al negocio de proporcionar viajes o servicios de viajes, incluidos, entre otros:

(I) Operadores turísticos, proveedores de alojamiento, propietarios de propiedades vacacionales, hoteles y complejos turísticos, clubes de viajes, agencias de viajes, administradores de propiedades o programas de intercambio cultural; o

(II) Los transportistas comunes o el operador, propietario o arrendador de un medio de transporte de pasajeros, incluyendo pero no limitado a aerolíneas, líneas de cruceros, ferrocarriles, compañías navieras y transportistas públicos de autobuses,

en donde, con respecto a cualquier viaje en particular o tipo de viaje o viajeros, todos los miembros o clientes del grupo comparten una exposición común al riesgo asociado a dicho viaje;

(ii) Cualquier colegio, escuela u otra institución de aprendizaje que abarque a estudiantes, profesores, empleados o voluntarios;

(iii) Cualquier empleador que cubra a cualquier grupo de empleados, voluntarios, contratistas, junta directiva, dependientes o invitados;

(iv) Cualquier equipo deportivo, campamento o patrocinador del mismo que cubra a participantes, miembros, campistas, empleados, funcionarios, supervisores o voluntarios;

(v) Cualquier organización religiosa, caritativa, recreativa, educativa o cívica o rama de la misma que abarque a cualquier grupo de miembros, participantes o voluntarios;

(vi) Cualquier institución financiera o proveedor de una institución financiera, o cualquier sociedad matriz, fiduciario o agente de, o designado por, una o más instituciones financieras o proveedores de una institución financiera, incluidos titulares de cuentas, titulares de tarjetas de crédito, deudores, garantes o compradores;

(vii) Cualquier asociación incorporada o no incorporada, incluidos los sindicatos, que tenga un interés común, una constitución y estatutos y que esté organizada y mantenida de buena fe para fines distintos a la obtención de seguros para los miembros o participantes de dicha asociación para cubrir a sus miembros;

(viii) Cualquier fideicomiso o los fideicomisarios de un fondo establecido, creado o mantenido para el beneficio y para cubrir a miembros, empleados o clientes, sujeto a que el Comisionado permita el uso de un fideicomiso y las disposiciones del impuesto a la prima del estado provistas en la Sección 33-8-4 del Código para una o más asociaciones que cumplan con los requisitos de la división (vii) de este subpárrafo;

(ix) Cualquier empresa de producción de entretenimiento que cubra a cualquier grupo de participantes, voluntarios, miembros de la audiencia, concursantes o trabajadores;

(x) Cualquier departamento de bomberos voluntarios, ambulancia, rescate, policía, tribunal, primeros auxilios, defensa civil u otro grupo de voluntarios similar;

(xi) Cualquier institución preescolar, guardería para niños o adultos o club de personas de la tercera edad;

(xii) Cualquier compañía de alquiler o arrendamiento de automóviles o camiones que cubra a un grupo de personas que puedan convertirse en arrendatarios, inquilinos o pasajeros según lo definido por su estado de viaje en los vehículos alquilados o arrendados;

(xiii) El transportista común; el operador, propietario o arrendador de un medio de transporte; o la compañía de alquiler o arrendamiento de automóviles o camiones que sea el asegurado en virtud de una póliza a la que se aplica esta subsección; y

(xiv) Cualquier otro grupo al cual el Comisionado haya determinado que la emisión de la póliza no sería contraria al interés público y en el cual los miembros estén involucrados en una empresa común o tengan una afinidad o relación económica, educativa o social.

(E) “Materiales de cumplimiento” significa la documentación enviada al comprador de un plan de protección de viaje que confirma la compra y proporciona la cobertura del plan de protección de viaje y los detalles de asistencia.

(F) “Seguro de viaje grupal” significa un seguro de viaje emitido a cualquier grupo elegible.

(G) “Licenciatario limitado” significa una persona o entidad autorizada a vender ciertas coberturas relacionadas con viajes de conformidad con las disposiciones de esta subsección.

(H) "Productor de seguros de viaje de líneas limitadas" significa:

(i) Suscriptor general gerente autorizado;

(ii) Agente general administrador autorizado o administrador externo;

(iii) Productor de seguros autorizado, incluido un licenciatario limitado; o

(iv) Administrador de viajes.

(I) “Ofrecer y difundir” significa proporcionar información general, incluyendo una descripción de la cobertura y el precio, así como procesar la solicitud y cobrar las primas.

(J) “Titular principal del certificado” significa un individuo o persona que elige y compra un seguro de viaje bajo una póliza grupal.

(K) "Administrador de viajes" significa cada persona que directa o indirectamente suscribe; cobra cargos, garantías o primas de; o ajusta o liquida reclamos para residentes de este estado en relación con seguros de viaje; siempre que, sin embargo, una persona no sea considerada un administrador de viajes si las únicas acciones de dicha persona que de otro modo la harían ser considerada un administrador de viajes están entre las siguientes:

(i) Un productor de seguros que venda seguros o que participe en actividades administrativas y relacionadas con reclamaciones dentro del alcance de la licencia del productor;

(ii) Un minorista de viajes que ofrece y difunde seguros de viaje y está registrado bajo la licencia de un productor de seguros de viaje de líneas limitadas de conformidad con esta subsección;

(iii) Un individuo que ajusta o liquida reclamos en el curso normal de su práctica o empleo como abogado y que no cobra cargos o primas en relación con la cobertura de seguro; o

(iv) Una entidad comercial que está afiliada a una aseguradora autorizada mientras actúa como administrador de viajes para el negocio de seguros directos y asumidos de una aseguradora afiliada.

(L) "Servicios de asistencia en viaje" significa:

(i) Servicios no relacionados con seguros por los cuales el consumidor no es indemnizado en base a un evento fortuito y la prestación del servicio no da lugar a la transferencia o desplazamiento del riesgo que constituiría el negocio del seguro;

(ii) Dicho término incluirá, pero no se limitará a, avisos de seguridad; información de destino; servicios de información sobre vacunación e inmunización; servicios de reserva de viajes; entretenimiento; planificación de actividades y eventos; asistencia de traducción; mensajería de emergencia; referencias médicas y legales internacionales; monitoreo de casos médicos; coordinación de arreglos de transporte; asistencia de transferencia de efectivo de emergencia; asistencia para el reemplazo de recetas médicas; asistencia para el reemplazo de pasaportes y documentos de viaje; asistencia en caso de pérdida de equipaje; servicios de conserjería; y cualquier servicio similar que se brinde en relación con un viaje planificado; y

(iii) Dicho término no incluirá los servicios de asistencia que sean seguros o estén relacionados con seguros.

(M) "Seguro de viaje" significa cobertura de seguro para riesgos personales inherentes a un viaje planificado, incluyendo:

(i) Interrupción o cancelación del viaje o evento;

(ii) Pérdida de equipaje o efectos personales;

(iii) Daños a alojamientos o vehículos de alquiler;

(iv) Enfermedad, accidente, incapacidad o muerte ocurrida durante el viaje;

(v) Evacuación de emergencia;

(vi) Repatriación de restos; o

(vii) Cualquier otra obligación contractual de indemnizar o pagar una cantidad específica al viajero en caso de contingencias determinables relacionadas con el viaje, según lo apruebe el Comisionado.

El seguro de viaje no incluirá planes médicos importantes que brinden protección médica integral a viajeros con viajes que duren seis meses o más, incluidos, entre otros, aquellos que trabajan o residen en el extranjero como expatriados, o cualquier otro producto que requiera una licencia de productor de seguros específica.

(N) “Plan de protección de viaje” significa cualquier plan que proporcione seguro de viaje, servicios de asistencia de viaje o exenciones de tarifas de cancelación.

(O) "Minorista de viajes" significa una entidad comercial que realiza, organiza u ofrece servicios de viaje y que puede ofrecer y difundir seguros de viaje como un servicio a sus clientes en nombre y bajo la dirección de un productor de seguros de viaje de líneas limitadas.

(2)

(A) No obstante cualquier otra disposición de la ley, el Comisionado puede emitir a una persona física o entidad comercial que haya cumplido con los requisitos de esta subsección una licencia de productor de seguros de viaje de líneas limitadas que autoriza al productor de seguros de viaje de líneas limitadas a vender, solicitar o negociar seguros de viaje a través de una aseguradora autorizada.

(B) Como requisito previo para la expedición de una licencia limitada bajo esta subsección, se deberá presentar ante el Comisionado una solicitud para dicha licencia limitada en la forma y manera que el Comisionado prescriba.

(C) Sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, un minorista de viajes puede ofrecer y difundir seguros de viaje bajo una licencia de entidad comercial de

productor de seguros de viaje de líneas limitadas solo si se cumplen las siguientes condiciones:

(i) El productor de seguros de viaje de líneas limitadas o el minorista de viajes proporciona a los compradores de seguros de viaje:

(I) Una descripción de los términos materiales o de los términos materiales reales de la cobertura del seguro;

(II) Una descripción del proceso para presentar una reclamación;

(III) Una descripción del proceso de revisión o cancelación de la póliza de seguro de viaje; y

(IV) La identidad y los datos de contacto del asegurador y del productor de seguros de viaje de líneas limitadas;

(ii) Al momento de obtener la licencia, el productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá establecer y mantener un registro en un formulario prescrito por el Comisionado de cada minorista de viajes que ofrezca seguros de viaje en nombre del productor de seguros de viaje de líneas limitadas. El productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá mantener y actualizar el registro e incluirá el nombre, la dirección y la información de contacto del minorista de viajes y un funcionario o persona que dirija o controle las operaciones del minorista de viajes y el número de identificación fiscal federal del minorista de viajes. El productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá presentar dicho registro al Departamento de Seguros cuando se lo solicite razonablemente. El productor de seguros de viaje de líneas limitadas también deberá certificar que el minorista de viajes registrado cumple con la Sección 1033 del Título 18 del Código de los Estados Unidos. Los motivos de suspensión y revocación y las sanciones aplicables a los proveedores de seguros residentes serán aplicables a los productores de seguros de viaje de líneas limitadas y a los minoristas de viajes;

(iii) El productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá designar a uno de sus empleados, que sea un productor individual autorizado, como la persona responsable del cumplimiento por parte del productor de seguros de viaje de líneas limitadas con las leyes, normas y reglamentos de seguros de viaje de este estado;

(iv) El empleado designado según lo dispuesto en la división (iii) de este subpárrafo, el presidente, el secretario, el tesorero y cualquier otro funcionario o persona que dirija o controle las operaciones de seguros del productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá cumplir con los requisitos de toma de huellas dactilares

aplicables a los productores de seguros en el estado de residencia del productor de seguros de viaje de líneas limitadas;

(v) El productor de seguros de viaje de líneas limitadas deberá pagar todas las tarifas de licencia de productor de seguros aplicables según lo establecido en la ley estatal aplicable;

(vi) El productor de seguros de viaje de líneas limitadas exigirá que cada empleado o representante autorizado del minorista de viajes cuyas funciones incluyan la oferta y difusión de seguros de viaje reciba un programa de instrucción o capacitación, que podrá estar sujeto a revisión por parte del Comisionado. El material de capacitación deberá contener, como mínimo, instrucciones sobre los tipos de seguros ofrecidos, prácticas de venta éticas y divulgaciones requeridas para clientes potenciales; y

(vii) No se requerirá ningún examen previo a la obtención de la licencia ni educación continua para la emisión de una licencia limitada de conformidad con esta subsección.

(D) Cualquier minorista de viajes que ofrezca o difunda seguros de viaje deberá poner a disposición de los posibles compradores folletos u otros materiales escritos que:

(i) Proporcionar la identidad y los datos de contacto de la aseguradora y del productor de seguros de viaje de líneas limitadas;

(ii) Explicar que la compra de un seguro de viaje no es necesaria para comprar cualquier otro producto o servicio del minorista de viajes; y

(iii) Explicar que a un minorista de viajes sin licencia se le permite proporcionar información general sobre el seguro ofrecido por el minorista de viajes, incluida una descripción de la cobertura y el precio, pero no está calificado ni autorizado para responder preguntas técnicas sobre los términos y condiciones del seguro ofrecido por el minorista de viajes o para evaluar la idoneidad de la cobertura de seguro existente del cliente.

(E) Un empleado o representante autorizado de un minorista de viajes que no tenga licencia como productor de seguros no deberá:

(i) Evaluar o interpretar los términos técnicos, beneficios y condiciones de la cobertura de seguro de viaje ofrecida;

(ii) Evaluar o brindar asesoramiento sobre la cobertura de seguro existente de un posible comprador; o

(iii) Presentarse como asegurador autorizado, productor autorizado o experto en seguros.

(3) No obstante cualquier otra disposición de la ley, un minorista de viajes cuyas actividades relacionadas con seguros, y las de sus empleados o representantes autorizados, se limiten a ofrecer y difundir seguros de viaje en nombre y bajo la dirección de un productor de seguros de viaje de líneas limitadas que cumpla las condiciones establecidas en esta subsección, estará autorizado a hacerlo y a recibir la compensación relacionada al registrarse por el productor de seguros de viaje de líneas limitadas según lo dispuesto en el subpárrafo (C) del párrafo (2) de esta subsección.

(4) Como designado por el asegurador, el productor de seguros de viaje de líneas limitadas será responsable de los actos del minorista de viajes y el representante autorizado y utilizará medios razonables para asegurar el cumplimiento por parte del minorista de viajes de esta subsección.

(5) El productor de seguros de viaje de líneas limitadas y cualquier minorista de viajes o representante autorizado que ofrezca y difunda seguros de viaje bajo la licencia del productor de seguros de viaje de líneas limitadas estarán sujetos a las disposiciones sobre prácticas comerciales desleales del Artículo 1 del Capítulo 6 de este título y a las demás disposiciones de este artículo relacionadas con los productores de seguros.

(6)

(A) Los requisitos de esta subsección se aplicarán a los seguros de viaje que cubran a cualquier residente de este estado; se vendan, soliciten, negocien u ofrezcan en este estado; o para los cuales se entreguen o emitan pólizas y certificados para su entrega en este estado; siempre que dichos requisitos no se apliquen a las exenciones de cargos por cancelación y a los servicios de asistencia de viaje, excepto según lo dispuesto expresamente en esta subsección.

(B) Todas las demás disposiciones aplicables de las leyes de seguros del estado seguirán aplicándose al seguro de viaje, excepto que las disposiciones específicas de esta subsección reemplazarán cualquier disposición general de la ley que de otro modo sería aplicable al seguro de viaje.

(7) Toda persona autorizada para ejercer una de las principales funciones de productor de seguros estará autorizada a vender, solicitar y negociar seguros de viaje. No se exigirá que un productor de seguros de daños y accidentes sea designado por una aseguradora para vender, solicitar o negociar seguros de viaje.

(8)

(A) Cada asegurador de viajes deberá pagar el impuesto establecido en la Sección 33-8-4 del Código con respecto a las primas de seguro de viaje pagadas por cualquiera de los siguientes:

(i) Un asegurado principal individual que sea residente de este estado;

(ii) Un titular de certificado principal que sea residente de este estado y que elija la cobertura de una póliza de seguro de viaje grupal; o

(iii) Un titular de una póliza de seguro de viaje general que resida o tenga su sede principal de negocios o la sede principal de negocios de una filial o subsidiaria que haya comprado un seguro de viaje general en este estado para miembros elegibles del grupo de seguros generales, sujeto a cualquier regla de distribución que se aplique a la aseguradora en múltiples jurisdicciones impositivas o que permita a la aseguradora asignar primas de manera proporcional de manera razonable y equitativa en dichas jurisdicciones.

(B) Cada asegurador de viajes deberá:

(i) Documentar el estado de residencia o el lugar principal de negocios del titular de la póliza o del certificado, como se describe en el subpárrafo (A) de este párrafo; y

(ii) Reportará como primas únicamente el monto asignable al seguro de viaje y no reportará ningún monto recibido por servicios de asistencia en viaje o exenciones de cargos por cancelación.

(9) Se puede ofrecer un plan de protección de viaje por un precio único por las características combinadas que ofrece el plan de protección de viaje en este estado si:

(A) El plan de protección de viaje revela claramente al consumidor en el momento de la compra o antes de este que incluye seguro de viaje, servicios de asistencia de viaje y exenciones de cargos por cancelación, según corresponda, y proporciona información y una oportunidad en el momento de la compra o antes para que el consumidor obtenga información adicional sobre las características y precios de cada uno; y

(B) Los materiales de cumplimiento:

(i) Describir y delinear el seguro de viaje, los servicios de asistencia de viaje y las exenciones de tarifas de cancelación en el plan de protección de viaje; y

(ii) Incluir las divulgaciones del seguro de viaje y la información de contacto de las personas que brindan servicios de asistencia de viaje y exenciones de tarifas de cancelación, según corresponda.

(10)

(A) Ofrecer o vender una póliza de seguro de viaje que nunca podría resultar en el pago de ningún reclamo para ningún asegurado bajo la póliza se considera una práctica comercial desleal según el Capítulo 6 de este título.

(B)

(i) Todos los documentos proporcionados a los consumidores antes de la compra del seguro de viaje, incluidos, entre otros, los materiales de ventas, los materiales publicitarios y los materiales de marketing, deberán ser coherentes con la póliza de seguro de viaje en sí, que incluirá, entre otros, los formularios respectivos, los endosos, las pólizas, los registros de tarifas y los certificados de seguro.

(ii) En el caso de pólizas o certificados de seguro de viaje que contengan exclusiones por condiciones preexistentes, se deberá proporcionar información y una oportunidad de obtener más información sobre las exclusiones por condiciones preexistentes en algún momento antes del momento de la compra y en los materiales de cumplimiento de la cobertura.

(iii) Los materiales de cumplimiento y la información descrita en la división (f)(2)(c)(i) de esta sección del Código se proporcionarán al titular de la póliza o al titular principal del certificado tan pronto como sea posible después de la compra de un plan de protección de viaje. A menos que el asegurado haya iniciado un viaje cubierto o haya presentado una reclamación en virtud de la cobertura del seguro de viaje, el titular de la póliza o el titular principal del certificado puede cancelar una póliza o certificado para obtener un reembolso total del precio del plan de protección de viaje desde la fecha de compra de un plan de protección de viaje hasta al menos:

(I) Quince días a partir de la fecha de entrega de los materiales de cumplimiento del plan de protección de viaje por correo postal; o

(II) Diez días siguientes a la fecha de entrega de los materiales de cumplimiento del plan de protección de viaje por medios distintos al correo postal.

Para los fines de esta división, el término "entrega" significa entregar materiales de cumplimiento al titular de la póliza o al titular del certificado principal o enviar materiales de cumplimiento por correo postal o electrónicamente al titular de la póliza o al titular del certificado principal.

(iv) Cada compañía deberá revelar en la documentación de la póliza y en los materiales de cumplimiento si el seguro de viaje es primario o secundario a otra cobertura aplicable.

(v) Si el seguro de viaje se comercializa directamente a un consumidor a través del sitio web de una aseguradora o por otros a través de un sitio agregador, no se

considerará una práctica comercial desleal u otra violación de la ley si se proporciona un resumen preciso o una breve descripción de la cobertura en el sitio web, siempre que el consumidor tenga acceso electrónico a las disposiciones completas de la póliza.

(C) Una persona que ofrece, solicita o negocia seguros de viaje o planes de protección de viaje de forma individual o grupal no lo hará mediante el uso de una opción negativa o de exclusión voluntaria que requeriría que un consumidor realice una acción afirmativa para deseleccionar la cobertura, como desmarcar una casilla en un formulario electrónico cuando el consumidor compra un viaje.

(D) Se considerará una práctica comercial desleal comercializar una cobertura general de seguro de viaje como gratuita.

(E) Si la jurisdicción de destino de un consumidor exige cobertura de seguro, no se considerará una práctica comercial desleal exigir a dicho consumidor que elija entre las siguientes opciones como condición para comprar un viaje o un paquete de viaje:

(i) Adquirir la cobertura requerida por la jurisdicción de destino a través del minorista de viajes o del productor de seguros de viaje de líneas limitadas que suministra el viaje o el paquete de viaje; o

(ii) Aceptar obtener y proporcionar prueba de cobertura que cumpla con los requisitos de la jurisdicción de destino antes de la salida.

(11)

(A) No obstante cualquier disposición contraria de este título, una persona no actuará ni se representará a sí misma como administrador de viajes para un seguro de viaje en este estado a menos que dicha persona:

(i) Es un productor de seguros de propiedad y accidentes autorizado en este estado para las actividades permitidas bajo la licencia de dicho productor;

(ii) Tiene una licencia de agente general administrador (MA) válida en este estado; o

(iii) Tiene una licencia de administrador de terceros (TA) válida en este estado.

(B) Un administrador de viajes y sus empleados estarán exentos de los requisitos de licencia previstos en el párrafo (4) de la subsección (a) de la Sección 33-23-4 del Código, relacionado con la licencia de ajustador, para el seguro de viaje que dicho administrador de viajes y sus empleados administren.

(C) Una aseguradora es responsable de los actos de un administrador de viajes que administra el seguro de viaje suscrito por la aseguradora y de garantizar que el administrador de viajes mantenga todos los libros y registros relevantes para la

aseguradora para que el administrador de viajes los ponga a disposición del Comisionado cuando este lo solicite.

(12)

(A) No obstante cualquier disposición contraria de este título, el seguro de viaje se clasificará y archivará para efectos de tarifas y formularios como seguro marítimo y de transporte; siempre que, sin embargo, el seguro de viaje que proporcione cobertura por enfermedad, accidente, discapacidad o muerte que ocurra durante el viaje, ya sea exclusivamente o en conjunto con coberturas relacionadas de evacuación de emergencia o repatriación de restos, o beneficios incidentales limitados de propiedad y accidentes, tales como equipaje o cancelación de viaje, pueda ser archivado por una aseguradora autorizada bajo una línea de seguro de accidentes y salud o como seguro marítimo y de transporte.

(B) El seguro de viaje puede adoptar la forma de póliza individual, grupal o general.

(C) Se pueden desarrollar y proporcionar estándares de elegibilidad y suscripción para seguros de viaje con base en planes de protección de viaje diseñados para canales de comercialización o distribución individuales o identificados, siempre que esos estándares también cumplan con los estándares de suscripción del estado para seguros marítimos y de transporte.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2021 181, § 2, en vigencia a partir del 4/5/2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 521, § 33, en vigencia a partir del 29/7/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 321, § 33, en vigencia a partir del 5/12/2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 7, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-93, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2018 553, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2018.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2017 275, § 33, en vigencia a partir del 9/5/2017.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 669, § 33, en vigencia a partir del 29/04/2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2013 230, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2013 230, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2013 33, § 33, en vigencia a partir del 24/4/2013.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 678, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 7, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 2, § 33, en vigor desde el 12/2/2001.

Artículo 33-23-13 - Licencias temporales

(a) En caso de muerte de un agente o subagente limitado, incluyendo un agente temporal o subagente limitado, o la incapacidad de actuar como agente o subagente limitado por razón de servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos, enfermedad u otra discapacidad, o terminación del nombramiento por parte del asegurador, si no hay otra persona relacionada con la agencia que esté autorizada como agente o subagente limitado con respecto al seguro de la clasificación realizada por el agente o subagente limitado fallecido o incapaz de actuar, el Comisionado puede emitir una licencia temporal como agente o subagente limitado con respecto al seguro de dicha clasificación a un empleado de la agencia, a un miembro de la familia de dicho ex agente o subagente limitado, o a algún asociado o a un tutor, receptor, albacea o administrador con el propósito de continuar o liquidar los negocios del agente, subagente limitado o agencia. Una licencia temporal se emitirá únicamente a un solicitante que haya presentado una

solicitud jurada en los formularios prescritos por el Comisionado. El solicitante no estará obligado a cumplir con los requisitos de examen, residencia y educación exigidos para la concesión de licencias a agentes o subagentes limitados que no sean agentes temporales. Si el Comisionado considera que el solicitante reúne los requisitos para obtener una licencia temporal, expedirá la licencia.

(b) Se podrá expedir una licencia temporal a una persona a solicitud de una aseguradora con el fin de capacitarla para actuar como agente; sin embargo, dicha persona deberá desempeñar sus funciones bajo la supervisión de una persona autorizada de conformidad con este artículo. El Comisionado podrá prescribir mediante normas o reglamentos las restricciones adicionales a dichas licencias temporales que sean necesarias para la protección del público.

(c) Una licencia emitida de conformidad con esta sección del Código tendrá una vigencia de seis meses, renovable de vez en cuando por períodos de renovación de tres meses a discreción del Comisionado; pero en ningún caso dicha renovación o cualquier otra licencia temporal de renovación con referencia al mismo asunto se extenderá a un período de más de 15 meses después de la fecha de la primera emisión de una licencia temporal en dicho asunto.

(d) Una licencia temporal emitida de conformidad con la subsección (a) de esta sección del Código autorizará la negociación de pólizas de renovación, la recepción y cobro de primas y otros actos que sean necesarios para la continuidad del negocio de seguros particular del agente o subagente limitado. La licencia no autorizará a su titular a vender, solicitar o negociar nuevas cuentas de seguros.

(e) En cuanto a cualquier solicitud de licencia de agente temporal de conformidad con la subsección (b) de esta sección del Código, el Comisionado exigirá como parte de la solicitud un certificado de la aseguradora que se propone representar. El certificado deberá indicar, en relación con el carácter del solicitante, incluidos los antecedentes penales, la identidad, la residencia, la experiencia y la instrucción sobre los tipos de seguros que se van a negociar, que la aseguradora está convencida de que dicho solicitante es digno de confianza y está calificado para actuar como su agente temporal y presentarse de buena fe ante el público en general como agente temporal y el hecho de que la aseguradora desea que el solicitante obtenga la licencia de agente temporal para representarla en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-14 - Licencias de prueba

(a) El Comisionado tendrá la autoridad de emitir una licencia de prueba a cualquier solicitante bajo este capítulo.

(b) Una licencia de prueba podrá expedirse por un período no menor de tres meses ni mayor de 24 meses y estará sujeta a revocación inmediata por causa justificada en cualquier momento sin necesidad de audiencia.

(c) El Comisionado, a su discreción, prescribirá los términos del período de prueba, podrá extender el período de prueba o negarse a otorgar una licencia al final de cualquier período de prueba.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 265, § 2, en vigencia a partir del 3/5/2023.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-15 - Licencias adicionales

El Comisionado puede emitir dos o más licencias a una persona siempre que dicha persona cumpla con todas las calificaciones y condiciones para cada una de dichas licencias.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-16 - Licencias para no residentes

(a) A menos que se le niegue la licencia de conformidad con la Sección 33-23-21 del Código, una persona no residente recibirá una licencia de agente no residente si:

(1) La persona actualmente tiene licencia de residente y se encuentra en regla en su estado de origen;

(2) La persona ha presentado la solicitud correspondiente para obtener la licencia y ha pagado las tarifas requeridas por la Sección 33-8-1 del Código;

(3) La persona ha presentado o transmitido al Comisionado la solicitud de licencia que presentó en su estado de origen o, en su lugar, una solicitud uniforme completa o un formulario prescrito por el Comisionado mediante reglamentación o reglamento para la concesión de licencias a agentes no residentes; y

(4) El estado de origen de la persona otorga licencias de agente no residente a los residentes de este estado sobre la misma base.

(b) El Comisionado podrá verificar el estado de la licencia del agente a través de la base de datos de productores mantenida por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros, sus afiliados o subsidiarias.

(c) Un agente no residente que se muda de un estado a otro o un agente residente que se muda de este estado a otro deberá presentar un cambio de dirección y proporcionar una certificación del nuevo estado de residencia dentro de los 30 días posteriores al cambio de residencia legal. No se requiere pago ni solicitud.

(d) No obstante cualquier otra disposición de este título, una persona con licencia como corredor de líneas excedentes en su estado de residencia recibirá una licencia de corredor de líneas excedentes no residente de conformidad con la subsección (a) de esta sección del Código. Salvo en lo que respecta a la subsección (a) de esta sección del Código, nada de lo dispuesto en esta sección del Código modifica o reemplaza ninguna parte de este título.

(e) Sin perjuicio de cualquier otra disposición de este título, una persona con licencia como agente de seguros de crédito de líneas limitadas u otro tipo de agente de líneas limitadas en el estado de residencia de dicha persona recibirá una licencia de agente de líneas limitadas no residente de conformidad con la subsección (a) de esta sección del Código que le otorga el mismo alcance de autoridad que la otorgada bajo la licencia emitida por el estado de residencia del agente. Para los fines de esta subsección, el seguro de líneas limitadas es cualquier autoridad otorgada por el estado de residencia que restringe la autoridad de la licencia a menos de la autoridad total prescrita en las líneas principales asociadas de conformidad con las regulaciones aplicables de Georgia.

(f) El Comisionado podrá, mediante reglamentación o reglamento, implementar un proceso de renovación y establecer fechas de vencimiento.

(gramo)

(1) Un agente individual no residente no actuará como agente de una aseguradora a menos que se convierta en agente designado de esa aseguradora de la siguiente manera:

(A) Para designar a una persona como su agente, la aseguradora que lo designe deberá presentar, de conformidad con la Sección 33-23-26 del Código, un aviso de designación dentro de los 15 días a partir de la fecha de la licencia o antes de que se presente la primera solicitud de seguro. Una aseguradora también puede optar por designar un agente para todas o algunas aseguradoras dentro del sistema o grupo de compañías tenedoras de la aseguradora mediante la presentación de una única solicitud de designación;

(B) Al recibir la notificación de designación, el Comisionado verificará dentro de un plazo razonable, que no excederá de 30 días, que el agente de seguros es elegible para la designación. Si se determina que el agente de seguros no es elegible para la designación, el Comisionado notificará a la aseguradora dentro de los cinco días siguientes a dicha determinación; y

(C) Una aseguradora deberá pagar una tarifa de nombramiento, por el monto y con el método de pago establecidos en la Sección 33-8-1 del Código, por cada agente de seguros designado por la aseguradora.

(2) Una aseguradora deberá remitir, en la forma prescrita por el Comisionado, una tarifa de renovación de nombramiento por el monto previsto para los nombramientos iniciales establecidos en la Sección 33-8-1 del Código.

(3) Un agente que no actúe como agente de una aseguradora no está obligado a ser designado.

(h) Los solicitantes cuyo estado de residencia no requiera una licencia para realizar transacciones comerciales pueden obtener una licencia en este estado, siempre que el solicitante tome el examen emitido por el Comisionado cuando se requiera de conformidad con este capítulo y el solicitante presente documentación escrita de su estado de residencia que demuestre la falta de requisito de licencia y la reciprocidad del estado con los residentes de este estado. Si el estado de residencia no otorga licencia a los liquidadores independientes, el liquidador independiente deberá designar como su estado de residencia cualquier estado en el que el liquidador independiente tenga licencia y esté al día en sus obligaciones.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 7, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-17 - Registro de representantes no residentes para representar a aseguradoras de vida en instalaciones militares en países extranjeros

Una persona que no sea residente de este estado puede registrarse para representar a una aseguradora de vida autorizada con domicilio en este estado, siempre que dicha persona represente a la aseguradora exclusivamente en una instalación militar de los Estados Unidos ubicada en un país extranjero. El

Comisionado puede, a pedido de la aseguradora en los formularios de solicitud prescritos por el departamento y tras el pago de una tarifa de registro anual de $25.00, emitir un certificado de registro a la persona. Un funcionario de la aseguradora deberá certificar al Comisionado que el solicitante tiene la capacitación necesaria para presentarse como representante de seguros de vida o de accidentes y enfermedades en el extranjero; y el funcionario de la aseguradora deberá certificar además en nombre de su aseguradora que está dispuesta a estar sujeta a los actos de dicho solicitante dentro del alcance de su empleo y que a dicho solicitante no se le han revocado, suspendido o restringido de ninguna manera sus privilegios para solicitar o ingresar a ninguna instalación militar de los Estados Unidos. Dicho certificado expirará el 31 de diciembre siguiente a la fecha de su emisión, a menos que se dé por terminado antes de conformidad con este capítulo y el Capítulo 2 de este título.

Agregado por 2005 Ga. Laws 108,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-18 - Expedición de licencias cada dos años; solicitud de renovación; requisitos de educación continua

(a) Todas las licencias de agente residente, subagente limitado, ajustador y consejero, con excepción de las licencias temporales o de prueba, se emitirán cada dos años y vencerán el último día del mes de nacimiento del titular de la licencia.

(b) Las licencias de agente residente, subagente limitado, ajustador y consejero podrán renovarse una vez que el Comisionado reciba evidencia de la educación continua que el Comisionado pueda establecer mediante regla o reglamento y el pago de las tarifas que establezca la ley.

(c) La renovación de la licencia en los formularios prescritos por regla o reglamento debe efectuarse antes del último día del mes de nacimiento del titular de la licencia y cada dos años a partir de entonces.

(d) Los requisitos de educación continua impuestos por el Comisionado de conformidad con esta sección del Código no excederán de 15 horas de clase por cada individuo con licencia que haya tenido una licencia por menos de 20 años durante el año. Para aquellos individuos que hayan tenido una licencia por 20 años o más, el requisito no será más de diez horas de clase durante el año. Sin embargo, el Comisionado puede establecer mediante reglamentación requisitos de educación continua sobre una base bienal.

(e) Cualquier individuo que haya tenido licencia de agente por diez años consecutivos o más y que no desempeñe ninguna de las funciones especificadas en el párrafo (3) de la subsección (a) de la Sección 33-23-1 del Código, aparte de recibir comisiones de renovación o diferidas, estará exento de los requisitos de educación continua; siempre que, sin embargo, si dicho individuo desea volver a desempeñar cualquiera de las otras funciones especificadas en dicho párrafo, dicho individuo debe obtener la aprobación del Comisionado y cumplir con los requisitos de este capítulo, incluidos, entre otros, los requisitos de educación continua. El Comisionado puede disponer, mediante regla o reglamento, cualquier otra exención o reducción de la educación continua requerida en virtud de esta sección del Código.

(f) Toda persona obligada a participar en un programa de educación continua de conformidad con esta sección del Código, o la aseguradora de dicha persona, deberá proporcionar al Comisionado la información que este considere necesaria para verificar el cumplimiento de los requisitos de educación continua.

(g) El Comisionado, mediante regla o reglamento, podrá establecer lo siguiente:

(1) Plazos escalonados para la presentación de formularios de renovación de licencias y las tarifas correspondientes requeridas; y

(2) Sanciones y procedimientos para los licenciatarios que no cumplan con el inciso (c) de este artículo del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 419, § 2, en vigencia a partir del 22/3/2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 220, § 3, en vigencia a partir del 12/5/2011.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-19 - Colocación de la licencia en estado inactivo; revocación posterior

(a) La licencia de un agente se colocará en estado inactivo cuando el agente ya no tenga registrado ante el Comisionado un certificado de autoridad para representar al menos a una aseguradora con licencia para hacer negocios en este estado.

(b) Cuando una licencia se coloca en estado inactivo según esta sección del Código, el agente tendrá prohibido vender, solicitar o negociar seguros.

(c) Durante el tiempo en que una licencia esté en estado inactivo según las disposiciones de esta sección del Código, el licenciatario aún deberá proporcionar evidencia de cumplimiento con los requisitos de educación continua de la Sección 33-23-18 del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 10, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-20 - Efecto de la suspensión de la licencia o de la colocación de la licencia en estado inactivo

(a) La suspensión de la licencia de un agente o subagente limitado o la colocación de dicha licencia en estado inactivo no privará a dicho individuo ni a los ejecutores o administradores del patrimonio de dicho individuo de cualquier derecho que pueda haber sido adquirido por un contrato celebrado antes de dicha suspensión o colocación en estado inactivo para recibir la totalidad o una parte de las comisiones sobre contratos de seguro escritos antes de dicha suspensión o colocación en estado inactivo con referencia a los períodos de tiempo durante los cuales dichos contratos estén en vigor, incluidos los períodos de opción de renovación previstos en los contratos.

(b) En caso de venta de una agencia sobre la base de un acuerdo de refinanciación, el vendedor que no mantenga su licencia o los ejecutores y administradores del patrimonio del vendedor podrán participar en el producto de las primas de seguros suscritas por el comprador de la agencia cuando y según lo autorice el contrato de venta de la agencia; y esta participación podrá ser sin límite de tiempo después de que el vendedor haya dejado de tener una licencia. Un agente cuya licencia haya sido suspendida o puesta en estado inactivo podrá, cuando se requiera la contrafirma de un agente residente con licencia de conformidad con la Sección 33-3-26 del Código y si lo autoriza la aseguradora, contrafirmar los certificados y los endosos necesarios para continuar la cobertura hasta la fecha de vencimiento, incluidos los períodos de opción de renovación.

(c) Nada de lo dispuesto en este artículo se interpretará como que permite a un agente o subagente limitado cuya licencia haya sido suspendida o puesta en estado inactivo vender, solicitar o negociar seguros salvo lo expresamente permitido en las subsecciones (a) y (b) de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 11, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-21 - Causales de denegación, suspensión o revocación de la licencia

El Comisionado podrá rechazar una licencia que no sea una licencia probatoria o podrá suspender o revocar una licencia debidamente emitida si determina que el solicitante o el titular de la licencia:

(1) Ha violado cualquier disposición de este título, de cualquier otra ley o reglamento de este estado relacionado con seguros, o la ley o reglamento de cualquier jurisdicción, incluidas las de una instalación militar, relacionadas con la transacción de seguros;

(2) Haya tergiversado u ocultado cualquier hecho material en cualquier solicitud de licencia o en cualquier formulario presentado ante el Comisionado;

(3) Haya obtenido o intentado obtener la licencia mediante tergiversación, ocultación u otro fraude;

(4) Se ha apropiado indebidamente, ha convertido para su propio uso o ha retenido ilegalmente dinero perteneciente a un asegurador, asegurado, agente, agencia, solicitante o beneficiario;

(5) Haya cometido prácticas fraudulentas o deshonestas;

(6) Ha tergiversado materialmente los términos y condiciones de una póliza o contrato de seguro;

(7) No ha aprobado un examen de conformidad con este artículo, o ha hecho trampa en cualquier examen requerido para una licencia;

(8) No ha cumplido o ha violado cualquier orden, regla o reglamento apropiado emitido por el Comisionado, incluida cualquier orden emitida por el Comisionado o el representante designado del Comisionado durante el curso de cualquier procedimiento de audiencia administrativa;

(9) No realiza de buena fe negocios como agente o subagente, sino que, por el contrario, posee dicha licencia con el propósito de obtener descuentos o comisiones o negocios controlados;

(10) No realiza de buena fe operaciones comerciales como licenciatario conforme a este capítulo;

(11) Haya demostrado falta de confiabilidad o falta de competencia para actuar como licenciatario bajo este capítulo;

(12) Ha participado a sabiendas en la redacción o emisión de un sobreseguro sustancial de cualquier riesgo de seguro de propiedad;

(13) No ha pagado o se ha negado, tras una demanda por escrito, a cualquier asegurador, agente, agencia, solicitante, beneficiario o asegurado cualquier dinero que pertenezca a dicho asegurador, agente, agencia, solicitante, beneficiario o asegurado;

(14) No ha proporcionado documentación o registros, o se ha negado a comparecer:

(A) De conformidad con la Sección 33-2-12 o 33-2-13 del Código;

(B) En respuesta a una demanda escrita del Comisionado enviada por correo registrado o certificado o por entrega urgente reglamentaria a la última dirección conocida del licenciatario que aparece en los registros del Comisionado; o

(C) En apoyo de una solicitud de licencia o renovación de licencia a pedido del departamento o según lo requiera la solicitud o renovación;

(15) Ha sido condenado por cualquier delito grave o por cualquier delito que implique depravación moral en los tribunales de este estado o de cualquier otro estado, territorio o país o en los tribunales de los Estados Unidos; como se utiliza en este párrafo y en el párrafo (16) de esta subsección, el término "delito grave" incluirá cualquier delito que, de cometerse en este estado, se consideraría un delito grave, sin tener en cuenta su designación en otro lugar; y, como se utiliza en este párrafo, el término "condena" incluirá un hallazgo o veredicto de culpabilidad o una declaración de culpabilidad, independientemente de si se ha solicitado una apelación de la condena;

(16) Ha sido arrestado, acusado y sentenciado por la comisión de cualquier delito grave o cualquier delito que implique depravación moral, donde:

(A) Se concedió tratamiento a un primer delincuente sin sentencia de culpabilidad de conformidad con el cargo; o

(B) Se retuvo o no se dictó sentencia sobre el cargo.

La orden dictada de conformidad con las disposiciones del Artículo 3 del Capítulo 8 del Título 42, relativa a la libertad condicional de los delincuentes primarios, u otro

tratamiento para delincuentes primarios, será prueba concluyente del arresto y la sentencia por dicho delito;

(17) No ha informado al Comisionado sobre cualquier proceso penal que se haya iniciado contra el solicitante o el titular de la licencia en cualquier jurisdicción. El informe deberá incluir una copia de la denuncia inicial presentada, la orden resultante de cualquier audiencia que se haya celebrado y cualquier otro documento legal pertinente. Dicho informe deberá presentarse junto con la solicitud o dentro de los 30 días siguientes a la fecha del arresto;

(18) Ha tenido una licencia para ejercer un negocio o profesión autorizada bajo las leyes de este estado o cualquier otro estado, territorio, país o los Estados Unidos revocada, suspendida o anulada por cualquier autoridad legal de licencias; ha tenido otra acción disciplinaria tomada en su contra por cualquier autoridad legal de licencias; se le ha negado o rechazado una licencia por cualquier autoridad legal de licencias de conformidad con procedimientos disciplinarios; o se le ha negado la renovación de una licencia por cualquier autoridad legal de licencias de conformidad con procedimientos disciplinarios;

(19) No ha notificado al Comisionado dentro de los 60 días de cualquier evento mencionado en el párrafo (15), (16) o (18) de esta sección del Código;

(20) No cumple con una orden de manutención infantil según lo definido en la Sección 19-6-28.1 o 19-11-9.3 del Código; solo por violaciones a este párrafo, cualquier procedimiento de audiencia y apelación realizado de conformidad con dichas secciones del Código serán los únicos procedimientos requeridos para suspender, denegar o revocar cualquier licencia bajo este título;

(21) En relación con la capacidad del licenciatario para realizar transacciones comerciales de seguros, ha tenido una licencia, permiso, autorización, registro o privilegio negado, revocado, suspendido, limitado o restringido por cualquier autoridad federal, estatal, del condado, municipal, territorial, militar u otra autoridad legal autorizada para emitir licencias, permisos, autorizaciones, registros o privilegios para realizar negocios dentro de su respectiva jurisdicción; de otra manera no ha cumplido con los requisitos legales relacionados con la licencia, permiso, autorización, registro o privilegio; o ha tenido otra acción disciplinaria tomada en su contra por cualquier autoridad legal de ese tipo; o

(22) No ha informado al departamento dentro de los 60 días de la acción tomada, cualquier rechazo, revocación, suspensión, limitación o restricción de cualquier licencia, permiso, autorización, registro o privilegio de cualquier autoridad legal referenciada en el párrafo (18) o (21) de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 521, § 33, en vigencia a partir del 29/7/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 146, § 1-8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-21.1 - Licencias para prestatarios educativos en mora

El Comisionado no podrá negarse a emitir ni suspender o revocar una licencia de un solicitante o titular de una licencia porque haya sido certificado por cualquier entidad del gobierno federal por falta de pago o incumplimiento o violación de una obligación de reembolso o servicio bajo cualquier programa federal de préstamos educativos, reembolso de préstamos o becas condicionales de servicio.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2024 399, § 2-34, en vigencia a partir del 30/6/2024.

Agregado por 2019 Ga. Laws 146,§ 1-9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Artículo 33-23-22 - Notificación de suspensión o revocación de licencia; audiencia; apelaciones

(a) Cualquier licencia, que no sea una licencia de prueba o una licencia inactiva como se describe en la subsección (a) de la Sección 33-23-19 del Código, puede ser suspendida o revocada según lo dispuesto por la Sección 33-23-21 del Código y la subsección (b) de la Sección 33-23-19 del Código, y el Comisionado deberá notificar dicha acción al solicitante o titular de la licencia y a cualquier asegurador o agente a quien el solicitante o titular de la licencia represente o que desee que el solicitante o titular de la licencia obtenga la licencia. El procedimiento para la realización de audiencias establecido en el Capítulo 2 de este título se deberá seguir en todos los casos, excepto aquellos casos de conformidad con el párrafo (20) de la Sección 33-23-21 del Código, que solo requerirán las audiencias previstas en dicho párrafo.

(b) La apelación de cualquier orden o decisión del Comisionado dictada de conformidad con este capítulo se realizará según lo dispuesto en el Capítulo 2 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 146, § 1-10, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-23 - Limitación de la solicitud después de la denegación o revocación de la licencia; efecto de la entrega de la licencia en virtud de una orden de consentimiento por escrito

(a) Ningún licenciatario o solicitante cuya licencia o solicitud haya sido rechazada o revocada según lo dispuesto por las Secciones 33-23-21 y 33-23-22 del Código tendrá derecho a presentar otra solicitud de licencia como agente, agencia, subagente limitado, corredor de líneas excedentes, consejero o ajustador dentro de los cinco años a partir de la fecha efectiva del rechazo, revocación o, si se busca una revisión judicial de dicho rechazo o revocación, dentro de los cinco años a partir de la fecha de la orden o decreto judicial final que afirme dicho rechazo o revocación.

(b) El Comisionado podrá rechazar la solicitud presentada a menos que el solicitante demuestre una buena causa por la cual la denegación o revocación de la licencia no se considerará un impedimento para la emisión de una nueva licencia.

(c) Cualquier renuncia a una licencia bajo una orden de consentimiento escrito tendrá el mismo efecto que una revocación según las subsecciones (a) y (b) de esta sección del Código.

(d) A discreción del Comisionado, a un solicitante cuya solicitud fue rechazada bajo la subsección (a) o (b) de esta sección del Código se le puede permitir presentar una solicitud de licencia; siempre que dicha solicitud se presente no menos de un año a partir de la fecha efectiva del rechazo.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 265, § 3, en vigencia a partir del 3/5/2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 10, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 12, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-24 - Permisos y licencias no transferibles

Los permisos de los representantes de servicio y las licencias de los licenciatarios conforme a este artículo no serán transferibles.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-25 - Sede del establecimiento

Todo agente autorizado, subagente limitado, asesor y ajustador deberá tener y mantener en este estado o, si es un licenciatario no residente, en el estado de domicilio, un lugar de negocios accesible al público. El lugar de negocios será aquel en el que el licenciatario realice principalmente transacciones de conformidad con la licencia. El Comisionado deberá mantener la dirección del lugar de negocios. Todos los licenciatarios residentes y no residentes deberán notificar de inmediato al Comisionado por escrito dentro de los 30 días de cualquier cambio en la dirección comercial.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 13, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 667, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-26 - Certificado de autoridad del agente

(a) Cada asegurador autorizado para realizar transacciones de seguros en este estado deberá obtener un certificado de autoridad de agente para cada agente que represente a dicho asegurador en la venta, oferta o negociación de contratos de seguros en este estado. Para los fines de esta subsección, se considerará que el asegurador ha obtenido un certificado de autoridad para su agente designado inmediatamente después de la presentación de la solicitud de designación al Comisionado; siempre que, sin embargo, el certificado de autoridad inicial para un solicitante de licencia no entre en vigencia hasta la fecha en que el Comisionado le otorgue finalmente una licencia a dicho solicitante.

(b) Todos los certificados de autoridad de los agentes deberán ser renovados por el asegurador en la forma y manera que el Comisionado prescriba mediante regla o reglamento.

(c) La tarifa por el certificado de autoridad de cada agente o su renovación será la establecida en la Sección 33-8-1 del Código.

(d) Una aseguradora o un representante autorizado de la aseguradora que termina el nombramiento, empleo, contrato u otra relación comercial de seguros con un agente deberá notificar al Comisionado dentro de los 30 días siguientes a la fecha efectiva de la terminación, utilizando un formato prescrito por el Comisionado, si el motivo de la terminación es uno de los motivos establecidos en la Sección 33-23-21 del Código o la aseguradora tiene conocimiento de que un tribunal, organismo

gubernamental u organización autorreguladora autorizada por ley determinó que el agente había participado en alguna de las actividades de la Sección 33-23-21 del Código. A pedido escrito del Comisionado, la aseguradora deberá proporcionar información, documentos, registros u otros datos adicionales relacionados con la terminación o la actividad del agente.

(e) Si se da por terminado el certificado de autoridad de un agente, la aseguradora deberá notificar de inmediato dicha terminación y la fecha de entrada en vigor de la misma al Comisionado y al agente, siempre que sea razonablemente posible. El Comisionado también podrá exigir a la aseguradora que demuestre, a satisfacción del Comisionado, que ha hecho un esfuerzo razonable para notificar al agente.

(f) Una aseguradora o un representante autorizado de la aseguradora que dé por terminada la designación, el empleo o el contrato con un agente por cualquier motivo no establecido en la Sección 33-23-21 del Código deberá notificar al Comisionado dentro de los 30 días siguientes a la fecha efectiva de la terminación, utilizando un formato prescrito por el Comisionado. A pedido escrito del Comisionado, la aseguradora deberá proporcionar información adicional, documentos, registros y otros datos relacionados con dicha terminación.

(g) La aseguradora o el representante autorizado de la aseguradora deberá notificar prontamente al Comisionado en un formato aceptable para el Comisionado si, luego de una revisión o investigación adicional, la aseguradora descubre información adicional que habría sido necesario informar al Comisionado de conformidad con la subsección (d) de esta sección del Código si la aseguradora hubiera sabido de su existencia.

(h) No se requerirá ningún certificado de autoridad para un agente que coloca seguros de líneas excedentes con o a través de un corredor de líneas excedentes únicamente con respecto a dichos seguros de líneas excedentes.

(i) En cuanto a cualquier solicitud de certificado de autoridad de un agente, el Comisionado exigirá como parte de la solicitud un certificado de la aseguradora que se propone representar. El certificado deberá indicar, en relación con el carácter del solicitante, incluidos los antecedentes penales, la identidad, la residencia, la experiencia y la instrucción sobre los tipos de seguros que se van a negociar, que la aseguradora o el agente patrocinador están convencidos de que dicho solicitante es digno de confianza y está calificado para actuar como su agente en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 14, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-27 - Certificado de autoridad del subagente

(a) Cada agente autorizado en este estado deberá obtener un certificado de autoridad para cada subagente que represente a dicho agente en este estado.

(b) El certificado de autoridad de cada subagente deberá ser renovado por el agente no más de una vez cada tres años en la forma y manera que especifique el Comisionado mediante regla o reglamento.

(c) Cada agente también deberá informar al Comisionado sobre cualquier terminación o cambio de cualquier certificado de autoridad para cada subagente en la forma y manera que el Comisionado pueda prescribir mediante regla o reglamento.

(d) La tarifa por cada certificado de autoridad de subagente o renovación o duplicado del mismo será la establecida por la ley.

(e) El certificado del subagente deberá permanecer en poder del agente y deberá ser devuelto al Comisionado al finalizar la autoridad del subagente junto con una explicación del motivo de dicha finalización en la forma y manera que el Comisionado pueda especificar mediante regla o reglamento.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-28 - Alcance de la autoridad del subagente; registro de transacciones

(a) El certificado de autoridad de un subagente no cubrirá ningún tipo de seguro para el cual el agente patrocinador y el subagente no tengan licencia.

(b) Un subagente o subagente limitado no tendrá poder para obligar a una aseguradora.

(c) Todos los negocios negociados por un subagente bajo la licencia de dicho subagente o subagente limitado se realizarán a nombre del agente que emplea al subagente o subagente limitado; y el agente será responsable de todos los actos u omisiones del subagente o subagente limitado dentro del alcance de su empleo.

(d) El agente y el subagente o subagente limitado deberán mantener conjuntamente un registro de cada transacción.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 11, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 15, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-29 - Facultad del agente para actuar como ajustador; ajustadores no residentes; acuerdos recíprocos

(a) En nombre y con autorización de una aseguradora para la cual tiene licencia como agente, un agente puede, de vez en cuando, actuar como ajustador e investigar e informar sobre reclamos sin necesidad de tener licencia como ajustador.

(b) No se requerirá licencia de este estado:

(1) De un ajustador independiente no residente para el ajuste en este estado de una sola pérdida o de pérdidas que surjan de una catástrofe común a todas esas pérdidas; o

(2) De un ajustador no residente que ajusta regularmente en otro estado y que tiene licencia en dicho otro estado, si dicho estado requiere una licencia, para actuar como ajustador en este estado para trabajo de ajuste de seguros de emergencia por un período que no exceda los 60 días y realizado para un empleador que es un ajustador de seguros autorizado por este estado o que es un empleador regular de uno o más ajustadores de seguros autorizados por este estado, siempre que dicho empleador proporcione al Comisionado un aviso por escrito inmediatamente después del comienzo del trabajo de ajuste de seguros de emergencia.

(c) El Comisionado podrá autorizar a una persona que resida en otro estado como ajustador no residente en las siguientes circunstancias y de la siguiente manera:

(1) Mediante solicitud escrita y pago de la tarifa de licencia requerida y sin requerir un examen escrito, el Comisionado emitirá una licencia a una persona para actuar como ajustador no residente si la persona tiene licencia en su estado de origen como ajustador;

(2) La tarifa requerida para la licencia será la tarifa prevista por ley o la suma que se cobra como tarifa de licencia para ajustadores no residentes por el estado de residencia del solicitante, la que sea mayor; y

(3) Los solicitantes cuyo estado de residencia no requiere una licencia para realizar negocios pueden obtener una licencia en este estado, siempre que el solicitante tome el examen emitido por el Comisionado cuando se requiera de conformidad

con este capítulo y el solicitante presente documentación escrita de su estado de residencia que demuestre la falta de requisitos de licencia en dicho estado y la reciprocidad de dicho estado con los residentes de este estado.

(d) El Comisionado expedirá una licencia a una persona para actuar como ajustador no residente si, según las leyes del estado de residencia del solicitante, los residentes de este estado pueden obtener licencia como ajustadores no residentes de la misma manera.

(e) El Comisionado está autorizado a celebrar acuerdos recíprocos con el funcionario apropiado de cualquier otra jurisdicción con el propósito de implementar esta sección del Código.

(f) Ningún residente de Canadá podrá obtener una licencia de ajustador independiente no residente a menos que dicha persona haya obtenido una licencia de ajustador independiente de residente o de su estado de origen.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 12, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 16, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Sección 33-23-29.1 - Licencias para consejeros no residentes

(a) El Comisionado podrá otorgarle una licencia como consejero no residente a una persona que resida en otro estado en las siguientes circunstancias y de la siguiente manera:

(1) Mediante solicitud escrita y pago de la tarifa de licencia requerida y sin requerir un examen escrito, el Comisionado emitirá una licencia a una persona para actuar como consejero no residente si la persona tiene licencia en su estado de origen como consejero;

(2) Los solicitantes cuyo estado de residencia no requiera una licencia para realizar negocios como consejero pueden obtener una licencia en este estado siempre que el solicitante tome el examen emitido por el Comisionado cuando se requiera de conformidad con este capítulo y el solicitante presente documentación escrita del

estado de residencia del solicitante que demuestre la falta de un requisito de licencia y la reciprocidad de dicho estado con los residentes de este estado; y

(3) La tarifa requerida para la licencia será la tarifa prevista por la ley o la suma que se cobra como tarifa de licencia para consejeros no residentes por el estado de residencia del solicitante, la que sea mayor.

(b) El Comisionado expedirá una licencia a una persona para actuar como consejero no residente si, según las leyes del estado de residencia del solicitante, los residentes de este estado pueden obtener licencia como consejeros no residentes de la misma manera.

(c) El Comisionado está autorizado a celebrar acuerdos recíprocos con el funcionario apropiado de cualquier otra jurisdicción con el propósito de implementar esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 19, § 33, en vigencia a partir del 4/7/2005.

Agregado por 2001 Ga. Laws 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-30 - Restricciones a la firma por agentes

Un agente no podrá firmar en blanco ninguna póliza que se emita fuera de su oficina. Un agente no podrá otorgar poderes notariales ni autorizar de otro modo a nadie a firmar en nombre del agente en pólizas, a menos que la persona autorizada sea empleada directamente por el agente y no por ninguna otra persona, y la persona no tenga archivos, equipos ni dirección de oficina en relación con el negocio de seguros que no sean los que se encuentran en la oficina del agente. Nada de lo dispuesto en esta sección del Código prohibirá a un agente autorizar a una aseguradora representada por dicho agente a reproducir mecánica o electrónicamente la firma de dicho agente en pólizas, certificados, endosos, cláusulas adicionales u otros documentos del contrato de seguro.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-31 - Situación del riesgo; notificación a no residentes; lugar de la acción

(a) Se considerará que un riesgo tiene un lugar en este estado si el seguro es sobre o con respecto a una propiedad que tiene un lugar permanente en este estado o propiedad mueble que está realmente en este estado o se usa o mantiene principalmente en este estado o sobre personas residentes en este estado.

(b) Se considerará que cada no residente, al obtener una licencia en este estado o al hacer negocios en este estado, ha consentido que cualquier notificación provista

en este capítulo y cualquier citación, notificación o proceso en relación con cualquier acción o procedimiento en cualquier tribunal estatal o federal en este estado, cuya notificación, citación o proceso surja de o se base en cualquier negocio o acto realizado u omitido en este estado, puede ser notificada suficientemente a dicho no residente notificándolo al Comisionado. La notificación se realizará dejando en la oficina del Comisionado una copia de la notificación, citación o proceso con una tarifa. La tarifa por dicha notificación será la establecida por ley. Dicha notificación será suficiente para el no residente, siempre que la notificación de la notificación y una copia de la notificación, citación o proceso se envíen inmediatamente por correo registrado o certificado o por entrega al día siguiente reglamentaria por el demandante o por el Comisionado a la residencia del no residente dirigida al no residente. El acuse de recibo del no residente y la declaración jurada de cumplimiento con el aviso, citación o proceso hecha por el demandante o el abogado del demandante o por el Comisionado se adjuntarán al aviso, citación o proceso y se presentarán con el caso en el tribunal donde esté pendiente o se presentarán ante el Comisionado si se trata de un procedimiento previsto en este capítulo. La jurisdicción de dicha acción será el condado de residencia del demandante en la acción, si el demandante reside en este estado; de lo contrario, la jurisdicción será el condado de Fulton. El lugar de residencia de un no residente con licencia registrado por él o ella ante el Comisionado se considerará su lugar de residencia hasta que el no residente presente en el expediente del Comisionado una notificación escrita que indique otro lugar de residencia. Como se utiliza en esta subsección, el término "proceso" incluirá una petición o queja adjunta al mismo.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 13, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-32 - No se requiere generalmente la firma de agentes residentes; excepciones; comisiones

Excepto cuando se requiera como represalia de conformidad con la Sección 33-3-26 del Código, los contratos de seguro sobre riesgos o bienes ubicados o que tengan un lugar en este estado no necesitan ser refrendados por un agente debidamente autorizado de conformidad con la Sección 33-23-5 del Código; pero, si un agente no residente autorizado participa en la ejecución de dicho contrato y se requiere una refrendación, el agente refrendador autorizado de conformidad con la Sección 33-23-5 del Código tendrá derecho a la misma comisión que permita el estado de residencia del no residente autorizado pero, en cualquier caso, a no más

del 50 por ciento de la comisión. Nada de lo contenido en esta sección del Código se interpretará como que exige que una compañía haga una compensación adicional en forma de comisiones o de otro modo a una persona que recibe un salario.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-33 - Deber de los licenciatarios de proporcionar información actualizada de nombres y direcciones

(a) Todo licenciatario bajo este capítulo deberá mantener informado al Comisionado de:

(1) La dirección de la oficina del licenciatario;

(2) El domicilio de residencia del licenciatario;

(3) El nombre y la dirección de cada aseguradora que el licenciatario represente directa o indirectamente;

(4) El nombre y la dirección de cada agencia de la cual el licenciatario sea propietario, socio, funcionario, director o empleado o que el licenciatario represente;

(5) Todo nombre comercial de dicha agencia; y

(6) Los nombres de todos los socios y miembros de cualquier firma o asociación y el nombre corporativo de cualquier corporación que posea u opere dicha agencia a medida que dicha información cambie.

(b) Cualquier cambio en la información requerida por la subsección (a) de esta sección del Código deberá ser transmitido al Comisionado dentro de los 30 días siguientes a dicho cambio en los formularios prescritos por el Comisionado.

(c) El Comisionado prescribirá mediante regla o reglamento la forma y manera en que se transmitirá dicha información.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 14, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-34 - Registros de transacciones

- **(a)** Todo agente, subagente limitado, asesor y ajustador conforme a este capítulo deberá mantener en la dirección que figure en su licencia o en la oficina regional o central de la aseguradora situada en este estado un registro de todas las

transacciones realizadas conforme a dicha licencia. El registro deberá estar en forma organizada e incluirá:

- **(1)** En el caso de un agente o subagente limitado, un registro de cada contrato de seguro obtenido o emitido junto con los nombres de los aseguradores y asegurados, el monto de la prima pagada o a pagar, y una declaración del objeto del seguro; y los nombres de cualquier otro licenciatario de quien se acepten negocios y de personas a quienes se prometan o paguen comisiones o bonificaciones de cualquier tipo;

- **(2)** En el caso de un ajustador, un registro de cada investigación o ajuste realizado o consumado y una declaración de cualquier honorario, comisión u otra compensación recibida o a recibir por el ajustador a cuenta de la investigación o ajuste; y

- **(3)** Cualquier otra información adicional que sea habitual o que el Comisionado pueda razonablemente requerir.

- **(b)** Todos los registros relativos a cualquier transacción en particular se conservarán durante un período de cinco años a partir de inmediatamente después de la finalización de la transacción o del plazo del contrato, lo que sea mayor, siempre que los registros de las pérdidas ajustadas por un ajustador independiente puedan conservarse en la oficina de la aseguradora para la que actuó el ajustador.

- **(c)** En el caso de agentes o subagentes limitados, el mantenimiento de los registros requeridos por esta sección del Código en la agencia de seguros autorizada bajo este capítulo para la cual se realizó la transacción se considerará que cumple con los requisitos de la subsección (a) de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 17, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-35 - Informe y disposición de primas

- **(a)** Un agente, subagente limitado o cualquier otro representante de una aseguradora o de cualquier otra persona en la ejecución de un contrato de seguro deberá informar a la aseguradora o a su agente la prima correspondiente al contrato y su monto deberá figurar en el contrato. Toda violación intencional de esta subsección constituirá un delito menor.

- **(b)** Todos los fondos que representen primas recibidas o primas devueltas que deba el asegurado cualquier agente o subagente se contabilizarán en la capacidad fiduciaria del titular de la licencia, no se mezclarán con los fondos personales del titular de la licencia y se contabilizarán y pagarán de inmediato al asegurador, al asegurado o al agente como titulares de dichos fondos. Nada de lo contenido en esta sección del Código se considerará como que exige que un agente o subagente mantenga un depósito bancario separado para los fondos de cada principal, si los fondos que se mantienen para cada principal se pueden determinar razonablemente a partir de los libros de cuentas y registros del agente o subagente.

- **(c)** Cualquier violación de esta sección del Código constituirá motivo o causa para que el Comisionado tome medidas, incluyendo, pero sin limitarse a, libertad condicional, suspensión o revocación de la licencia. Todos y cada uno de los actos de un licenciatario también constituirán motivo para multas y sanciones, cuyos montos serán establecidos por regla o reglamento del Comisionado. Cualquier violación intencional de esta sección del Código constituirá un delito menor a menos que dichos montos excedan los $1,000.00, en cuyo caso dicha violación constituirá un delito grave.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 15, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 18, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-36 - Investigación de conductas ilegales o impropias

El Comisionado podrá, por iniciativa propia y previa denuncia escrita firmada por un ciudadano de este estado y presentada ante el Comisionado, investigar cualquier presunta conducta ilegal o indebida de cualquier licenciatario o investigar si un licenciatario no es confiable o no es competente o no está calificado para actuar como licenciatario conforme a este capítulo. El Comisionado no podrá tomar ninguna decisión o hallazgo que sea adverso a ninguna persona con respecto a la cual se realice la investigación hasta después de la notificación y audiencia previstas en el Capítulo 2 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-37 - Licencia de corredor de líneas excedentes; solicitud; fianza; examen escrito

- **(a)** Nada de lo dispuesto en este capítulo impedirá la colocación de líneas de seguro excedentes cuando esté autorizado y permitido bajo este título.
- **(b)** Cualquier persona, mientras tenga licencia como agente residente en materia de seguros de propiedad, accidentes y garantías y que el Comisionado considere competente y confiable, podrá obtener licencia como corredor de líneas excedentes de la siguiente manera:
  - **(1)** La solicitud de licencia al Comisionado deberá presentarse en formularios proporcionados por el Comisionado;
  - **(2)** La tarifa de licencia será por el monto establecido en la Sección 33-8-1 del Código;
  - **(3)** Cada licencia se expedirá cada dos años y expirará el último día del mes de nacimiento del titular y podrá renovarse mediante la presentación de una solicitud y el pago de la tarifa prescrita de conformidad con esta sección del Código;
  - **(4)** Antes de la emisión de la licencia o de cualquier renovación de la misma, el solicitante deberá presentar una fianza ante el Comisionado o su sucesor en el cargo, en beneficio de cualquier persona perjudicada por la violación de las condiciones provistas en este párrafo. La fianza deberá ser ejecutada por el solicitante como principal y por una empresa de garantías autorizada para hacer negocios en este estado y deberá ser por la suma penal de $50,000.00, con la condición de que el solicitante cumpla con lo siguiente:
    - **(A)** Colocar un seguro únicamente en cumplimiento con la Sección 33-5-25 del Código;
    - **(B)** Remitir con prontitud los impuestos previstos en la Sección 33-5-31 del Código;
    - **(C)** Rendir cuentas a cualquier persona que le solicite obtener un seguro por los fondos o primas cobrados en relación con dicho seguro; y
    - **(D)** De lo contrario, realizar negocios de conformidad con este título.

    La fianza no se dará por terminada a menos que antes de dicha terminación se presente al Comisionado un aviso por escrito con 30 días de anticipación; y
  - **(5)** Cada solicitante de una licencia para actuar como corredor de líneas excedentes deberá someterse a un examen escrito personal para determinar

su competencia, a menos que el solicitante tenga licencia como corredor de líneas excedentes en su estado de origen.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 16, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 419, § 3, en vigencia a partir del 22/3/2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 220, § 4, en vigencia a partir del 12/5/2011.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-38 - Se prohíbe contratar seguros fuera del alcance de la licencia o con aseguradoras no autorizadas; restricciones para compartir comisiones; sanción por infracción

- **(a)** Ningún agente o subagente limitado colocará ningún seguro ni recibirá ninguna remuneración con respecto a ningún seguro de una clasificación fuera del alcance de la licencia de dicho agente o subagente limitado, ni el agente o subagente limitado compartirá una comisión excepto con un agente autorizado de conformidad con este artículo; con una agencia que tenga como propietario o como socio en la agencia o como funcionario o empleado de la agencia a uno o más agentes autorizados con respecto a un seguro que esté dentro del alcance de su agencia; o con un agente o agencia que tenga una residencia o ubicación en otro estado y una licencia de dicho otro estado para la transacción de seguros en ese estado.

- **(b)** Salvo que se disponga lo contrario en este título, ninguna persona solicitará ni participará en la colocación de seguros sobre ningún riesgo que tenga una ubicación en este estado, excepto con una aseguradora admitida para realizar negocios de seguros en este estado.

- **(c)** Una violación a esta sección del Código autorizará, entre otras sanciones, la revocación de la licencia del infractor como agente o subagente.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 19, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-39 - Se prohíbe la contratación de seguros a través de agentes sin licencia; excepción relacionada con las fianzas de licitación de proyectos de construcción

Ningún asegurador emitirá, hará, escribirá, colocará ni hará que se haga, escriba, coloque o emita ningún contrato de seguro, indemnización o garantía que cubra riesgos o propiedad ubicada o que tenga un sitio en este estado o que cubra cualquier responsabilidad creada por o que surja de las leyes de este estado, excepto a través de un agente o agentes autorizados de conformidad con este artículo, excepto que las fianzas de licitación emitidas por cualquier asegurador de garantías en relación con cualquier proyecto de construcción o edificación pública o privada se pueden emitir sin tener en cuenta esta sección del Código o según lo dispuesto en el subpárrafo (h)(2)(F) de la Sección 33-23-4 del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-40 - Los contratos emitidos por personas no autorizadas no se vuelven inejecutables

Cualquier contrato de seguro emitido por una persona a quien este capítulo le prohíbe emitirlo no se volverá inaplicable por razón de la violación de este capítulo, pero todas las personas que participen a sabiendas en la violación estarán sujetas a las disposiciones del Capítulo 2 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 17, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-41 - Responsabilidad y sanciones por actos no autorizados

Toda persona que en este estado actúe, pretenda actuar o se presente como agente, subagente limitado, asesor o ajustador o como empleado de un agente, subagente limitado, asesor o ajustador de o para una aseguradora que no haya obtenido del Comisionado un certificado de autoridad vigente en ese momento para hacer negocios en este estado según lo exige este artículo o que no haya obtenido un certificado de autoridad según lo exige este artículo y toda persona que en este estado cobre o envíe cualquier prima o parte de la prima para o para la aseguradora deberá pagar una suma igual a los impuestos estatales, del condado y municipales y las tarifas de licencia que deben pagar las compañías de seguros que hacen negocios legalmente en este estado. Es deber del Comisionado informar a los infractores de esta sección del Código al fiscal de distrito del condado en el que

ocurrieron las infracciones. Los infractores de esta sección del Código también serán personalmente responsables en la misma medida que el asegurador por cada contrato de seguro celebrado por el asegurador con referencia a un riesgo que tenga su sede en este estado, si el infractor participó en la solicitud, negociación o celebración del contrato o en cualquier endoso al contrato, en cualquier modificación del contrato o en el cobro o envío de cualquier prima o parte de la prima relacionada con dicho contrato. Esta sección del Código no se aplicará a un contrato de seguro celebrado de conformidad con el Capítulo 5 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 18, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 20, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-42 - Realización de actos para un asegurador no autorizado

Cualquier persona que realice cualquiera de los actos o cosas especificados en este capítulo para cualquier compañía de seguros o agente de dicha compañía sin que dicha compañía haya recibido primero un certificado de autorización del Comisionado según lo exige la ley será castigada como si se tratara de un delito menor y también deberá pagar una suma equivalente a los impuestos estatales, del condado y municipales y las tarifas de licencia que deben pagar las compañías de seguros que operan legalmente en este estado. Será deber del Comisionado informar sobre cualquier violación de esta sección del Código al fiscal de distrito o al fiscal del circuito o condado que tenga jurisdicción.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-43 - Autoridad de los liquidadores; sanción por violación

- **(a)** Un ajustador autorizado tanto como ajustador independiente como ajustador público no podrá representar tanto al asegurador como al asegurado en la misma transacción.

- **(b)** Un ajustador tendrá autoridad bajo su licencia únicamente para investigar, liquidar o ajustar e informar a su principal sobre reclamos que surjan de contratos de seguro en nombre de aseguradores únicamente si tiene licencia como ajustador independiente o en nombre de asegurados únicamente si tiene licencia como ajustador público.

- **(c)** Ningún ajustador público, en ningún momento, a sabiendas:
  - **(1)** Dar a entender erróneamente a un asegurado que está obligado a contratar a un ajustador independiente o público para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones bajo su póliza;
  - **(2)** Aceptar o acordar aceptar cualquier dinero u otra compensación de un abogado o cualquier persona que actúe en nombre de un abogado que el ajustador sabe o debería saber razonablemente que es un pago por la sugerencia o el consejo del ajustador de buscar los servicios del abogado o por la remisión de cualquier parte del reclamo de una persona al abogado;
  - **(3)** Contratar o procurar que otra persona realice cualquier acto prohibido por esta subsección;
  - **(4)** Publicitar o prometer pagar o descontar la totalidad o parte de cualquier franquicia de seguro como incentivo para la venta de bienes o servicios. Tal como se utiliza en este párrafo, el término "promesa de pago o descuento" incluye:
    - **(A)** Conceder cualquier bonificación u ofrecer cualquier descuento sobre las tarifas que se cobrarán, incluyendo, pero sin limitarse a, una bonificación o descuento a cambio de exhibir un cartel u otro anuncio en las instalaciones del asegurado; o
    - **(B)** Pagar al asegurado o a cualquier persona asociada directa o indirectamente con el reclamo cualquier forma de compensación, regalo, premio, bono, cupón, crédito, tarifa de referencia u otro artículo de valor monetario por cualquier motivo;
  - **(5)** Hacer creer a un reclamante que es un ajustador que representa a una aseguradora en cualquier capacidad, incluso actuando como empleado de la aseguradora o como ajustador independiente, a menos que una aseguradora lo designe por escrito para actuar en nombre de la aseguradora para ese reclamo o propósito específico. Un ajustador público autorizado no cobrará a un reclamante un honorario por ajustar un reclamo cuando sea designado por la aseguradora para ese reclamo o propósito específico y el ajustador público acepte la designación;
  - **(6)** Solicitar, o intentar solicitar, a un asegurado durante el desarrollo de un suceso que produzca pérdidas según se define en el contrato de seguro del asegurado;
  - **(7)** Tener un interés financiero directo o indirecto en cualquier aspecto de un reclamo que no sea el salario, honorarios, comisión u otra contraprestación

establecida en un contrato escrito con el asegurado que deberá incorporar todas las condiciones y disposiciones establecidas en la Sección 33-23-43.2 del Código;

- **(8)** Cobrar a un asegurado o cobrarle cualquier cantidad, excepto una compensación razonable por los servicios prestados en función del tiempo empleado y los gastos incurridos, en cualquier transacción en la que el asegurador pague o se comprometa por escrito a pagar el límite o los límites de la póliza para toda la cobertura bajo la póliza del asegurado dentro de los tres días hábiles posteriores a que se informe la pérdida al asegurador;

- **(9)** Declarar falsamente a un asegurado o asegurador que él o ella es un abogado autorizado por ley para brindar asesoramiento y servicios legales o que una póliza cubre una pérdida o pérdidas fuera del alcance de la cobertura provista por el contrato de seguro;

- **(10)** Permitir que un empleado o representante del ajustador sin licencia realice negocios para los cuales se requiere una licencia; o

- **(11)** Contratar o procurar que otra persona realice cualquier acto prohibido por esta subsección.

- **(d)** Para los efectos de la subsección (c) de esta sección del Código, el término "ajustador público" incluirá a los ajustadores públicos autorizados según se define en la Sección 33-23-1 del Código, a las personas que se hacen pasar por ajustadores públicos pero que no están debidamente autorizados por el Comisionado y a las personas que cometan cualquier acto según el párrafo (4) de la subsección (c) de esta sección del Código.

- **(e)** Cualquier persona que viole cualquier disposición de la subsección (c) de esta sección del Código será culpable de un delito menor y dicha violación será motivo de suspensión o revocación de licencias bajo este capítulo.

- **(f)** El Comisionado podrá adoptar reglas razonables y necesarias para implementar este artículo, incluyendo, entre otras, reglas relativas a:

- **(1)** Las calificaciones de los ajustadores, además de las prescritas en este artículo, que sean necesarias para promover el interés público;

- **(2)** La regulación de la conducta de los liquidadores, de conformidad con este artículo;

- **(3)** La prescripción de tasas no prescritas en otra parte de este título que sean necesarias para cubrir el costo de las presentaciones u otros costos administrativos; y

- **(4)** La reglamentación de los anuncios publicitarios y la definición de "anuncio" tal como se utiliza el término en el párrafo (4) del inciso (c) de esta sección del Código.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2021 185, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 19, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por la Ley de Georgia de 2015 9, § 33, en vigencia a partir del 13/3/2015.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 201, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2011.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-43.1 - Representarse a sí mismo como ajustador público; cuando no se requiere licencia

- **(a)** Ninguna persona podrá actuar o hacerse pasar por un ajustador público en este estado a menos que dicha persona posea una licencia de ajustador público emitida por el Comisionado.
- **(b)** Sin embargo, no se requiere una licencia de ajustador público para:
  - **(1)** Un abogado con licencia para ejercer la abogacía en este estado mientras actúa en representación de un asegurado en relación con una pérdida bajo una póliza; o
  - **(2)** Una persona autorizada como agente de seguros generales de propiedad y accidentes o agente de seguros personales de propiedad y accidentes mientras actúa para una aseguradora en relación con una pérdida bajo una póliza emitida por ese agente.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Renumerado como § 33-23-43.2 y modificado por 2021 Ga. Laws 185, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021

Sección 33-23-43.2 - Requisitos para los contratos de peritos públicos

- **(a)** Ninguna persona podrá actuar, directa o indirectamente, en este estado como ajustador público sin, entre otros requisitos, haber celebrado previamente un contrato por escrito, en un formulario aprobado por el Comisionado, firmado por

duplicado por dicha persona y el asegurado o el representante debidamente autorizado del asegurado. Un ajustador público no utilizará ningún formulario de contrato que no esté aprobado por el Comisionado.

- **(b)** Los ajustadores públicos se asegurarán de que todos los contratos para sus servicios se realicen por escrito, con un título destacado que diga "Contrato de ajustador público" y contengan lo siguiente:

  - **(1)** Nombre completo legible del ajustador público que firma el contrato, como se especifica en la licencia emitida por el departamento y lenguaje de certificación de que el ajustador público está completamente afianzado de conformidad con la ley estatal;

  - **(2)** Dirección comercial del estado de residencia permanente e información de contacto del ajustador público, incluida la dirección de correo electrónico;

  - **(3)** El número de licencia del departamento de ajuste público y una declaración de que la licencia es válida y está en pleno vigor y efecto a partir de la fecha en que se firma el contrato;

  - **(4)** El nombre completo y la dirección del asegurado;

  - **(5)** Una descripción de la pérdida y su ubicación, si corresponde;

  - **(6)** Una descripción de los servicios que se prestarán al asegurado;

  - **(7)** Firmas del ajustador público y del asegurado;

  - **(8)** La fecha en que el ajustador público firmó el contrato y la fecha en que el asegurado firmó el contrato;

  - **(9)** Una declaración de los honorarios, compensación u otras consideraciones que el ajustador público recibirá por sus servicios, incluyendo una lista de los costos y gastos típicos por los cuales se le reembolsará al ajustador público;

  - **(10)** Una declaración con subtítulo destacado en una fuente de al menos 12 puntos que indique que el ajustador público no tiene ningún interés directo o indirecto, incluida la participación en actividades que puedan interpretarse razonablemente como un conflicto de intereses o como compensación o interés en, ninguna firma que realice cualquier trabajo en relación con los daños incidentales a cualquier pérdida que el ajustador público haya sido contratado para ajustar, excepto la compensación u honorarios del asegurado por los servicios de dicho ajustador público; y

- **(11)** Un aviso visible en letra negrita de 12 puntos que diga "REPRESENTAMOS SOLAMENTE AL ASEGURADO".

- **(c)** Los contratos de ajuste público no podrán contener una cláusula contractual que:

- **(1)** Restringe el derecho del asegurado a iniciar y mantener comunicaciones directas con su abogado, la aseguradora, el ajustador de la aseguradora, el abogado de la aseguradora o cualquier otra persona con respecto a la resolución del reclamo del asegurado;

- **(2)** Otorga al ajustador público el derecho de iniciar comunicaciones directas con la aseguradora del asegurado, el ajustador de la aseguradora o el abogado de la aseguradora en relación con la liquidación del reclamo del asegurado sin autorización escrita específica del asegurado;

- **(3)** Permite que se cobre el porcentaje de los honorarios del ajustador público cuando se debe dinero de una compañía de seguros pero no se paga o que permite que un ajustador público cobre el monto total del primer cheque emitido por una compañía de seguros en lugar de cobrarlo como un porcentaje de cada cheque emitido por una compañía de seguros;

- **(4)** Requiere que el asegurado autorice a una compañía de seguros a emitir un cheque únicamente a nombre del ajustador público;

- **(5)** Impide o restringe a un asegurado ejercer cualquier recurso civil relacionado con su reclamación;

- **(6)** Pretende permitir que el ajustador público actúe en múltiples capacidades; o

- **(7)** Identifica al ajustador público como también contratista, tasador u otro puesto.

- **(d)** Todos los contratos de liquidación pública se interpretarán de manera que contengan, por operación de la ley:

- **(1)** Una disposición que otorga al asegurado el derecho a rescindir el contrato dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de la firma del contrato, siempre que la rescisión se haga por escrito y se envíe por correo o se entregue al ajustador público en la dirección indicada en el contrato dentro de los tres días hábiles. Para los fines de esta subsección, la rescisión del contrato se considerará entregada o enviada por correo si se envía por transmisión electrónica a la dirección de correo electrónico o fax especificados en el contrato para tales comunicaciones;

- **(2)** Una disposición que disponga que si el asegurado ejerce el derecho de rescindir el contrato, cualquier cosa de valor entregada por el asegurado bajo el contrato deberá ser devuelta al asegurado dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción por parte del ajustador público del aviso de rescisión; y

- **(3)** Una disposición que requiere que, antes de iniciar cualquier contacto con la aseguradora del asegurado, el ajustador de la aseguradora o el abogado de la aseguradora con respecto a la liquidación del reclamo del asegurado, un ajustador público debe proporcionar a la aseguradora una carta de notificación firmada por el asegurado que confirme que el asegurado ha autorizado al ajustador público a comunicarse directamente con la aseguradora, el ajustador de la aseguradora o el abogado de la aseguradora en nombre del asegurado.

- **(e)** Todos los contratos con liquidadores públicos se deberán celebrar por duplicado, de modo que el contrato original esté disponible para el liquidador público y el contrato original para el asegurado. El contrato original del liquidador público deberá estar disponible en todo momento para su inspección sin necesidad de notificación por parte del departamento.

- **(f)** Ningún ajustador público celebrará un contrato con un asegurado y cobrará una comisión según lo dispuesto por la Sección 33-23-43.3 del Código, sin tener la intención de realizar realmente los servicios que habitualmente proporciona un ajustador público para el asegurado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 265, § 4, en vigencia a partir del 3/5/2023.

Renumerado de § 33-23-43.1 y enmendado por 2021 Ga. Laws 185,§ 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 521, § 33, en vigencia a partir del 29/7/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 20, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por la Ley de Georgia de 2015 9, § 33, en vigencia a partir del 13/3/2015.

Agregado por 2014 Ga. Laws 504,§ 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Renumerado como § 33-23-43.9 y modificado por 2021 Ga. Laws 185, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021

Artículo 33-23-43.3 - Remuneración de los liquidadores; criterios para la aprobación escrita del pago

- **(a)** Salvo lo dispuesto en el inciso (b) de esta sección del Código, un ajustador podrá recibir una comisión por el servicio prestado en virtud de este artículo, que consistirá en un honorario por hora, una tarifa fija, un porcentaje del monto total pagado por una aseguradora para resolver un reclamo u otro método de compensación. Un ajustador público no podrá cobrarle al asegurado un honorario irrazonable, y la comisión total recibida no excederá el 33.3 por ciento del monto de la liquidación del reclamo por parte de la compañía de seguros.
- **(b)** Un ajustador no recibirá una comisión consistente en un porcentaje del monto total pagado por una aseguradora para resolver una reclamación sobre una reclamación en la que la aseguradora, a más tardar 72 horas después de la fecha en que se le informa la pérdida, paga o se compromete por escrito a pagar al asegurado el límite de la póliza de seguro. Un ajustador público tiene derecho a una compensación razonable del asegurado por los servicios prestados por dicho ajustador en nombre del asegurado, con base en el tiempo empleado en una reclamación que está sujeta a esta sección del Código y los gastos incurridos por dicho ajustador, hasta que se pague la reclamación o el asegurado reciba un compromiso escrito de pago de la aseguradora.
- **(c)** Excepto el pago de una comisión por parte del asegurado, todas las personas que paguen el producto de una póliza de seguro o hagan cualquier pago que afecte los derechos de un asegurado bajo una póliza de seguro deberán:
  - **(1)** Incluir al asegurado como beneficiario en el giro o cheque de pago; y
  - **(2)** Exigir la firma escrita y el endoso del asegurado en la letra de cambio o cheque de pago.
- **(d)** Un ajustador no aceptará ningún pago que viole las disposiciones de esta sección del Código.
- **(e)** Un ajustador público puede firmar o endosar un pago, giro o cheque emitido a nombre de un asegurado si lo autoriza por escrito cada beneficiario asegurado, y solo si dicho endoso escrito cumple con los siguientes criterios:
  - **(1)** La autorización limita al ajustador público a endosar el cheque o pago para depósito únicamente en la cuenta de depósito en garantía o fideicomiso del ajustador público y dicha autorización establece que el cheque o pago se distribuirá en los porcentajes o montos acordados en el contrato del ajustador público;
  - **(2)** La autorización requiere que se notifique al asegurado sobre el depósito de fondos y establece que cualquier distribución de dichos fondos al

asegurado o al ajustador público estará acompañada de un desglose detallado de los fondos distribuidos; y

- **(3)** El formulario de autorización establece que dicha autorización puede ser revocada en cualquier momento por el asegurado mediante notificación escrita de dicha revocación al ajustador público.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Artículo 33-23-43.4 - Prueba de responsabilidad financiera

- **(a)** Como condición continua de la licencia, un ajustador público puede, a discreción del Comisionado, presentar prueba de responsabilidad financiera con respecto a las transacciones con asegurados bajo este capítulo por una cantidad determinada por el Comisionado mediante reglamento. La responsabilidad financiera incluirá la capacidad de pagar las sumas que el ajustador público esté obligado a pagar en virtud de cualquier sentencia contra dicho ajustador por parte de un asegurado, basada en un error, omisión, fraude, acto negligente o práctica desleal de dicho ajustador o cualquier persona por cuyos actos dicho ajustador sea legalmente responsable en la transacción de los negocios de dicho ajustador bajo esta sección del Código.

- **(b)** Al determinar el monto del requisito de responsabilidad financiera, el Comisionado deberá considerar la naturaleza de la obligación, otros requisitos de garantía financiera conforme a esta sección del Código y los requisitos de garantía financiera adoptados para los liquidadores públicos en otros estados. Al determinar los tipos de responsabilidad financiera requeridos, el Comisionado podrá considerar una fianza de garantía o una póliza de responsabilidad profesional o una póliza o contrato similar de cobertura de responsabilidad profesional que sea aceptable para el Comisionado.

- **(c)** Los requisitos de esta sección del Código se suman a los requisitos de fianza de la Sección 33-23-6 del Código y las normas y reglamentos pertinentes promulgados por el Comisionado.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Artículo 33-23-43.5 - Registro completo de transacciones; retención y examen

- **(a)** Un ajustador público deberá mantener un registro completo en este estado de cada una de las transacciones que realice como ajustador público. Los registros deberán incluir cada uno de los siguientes:

- **(1)** El nombre del asegurado;

- **(2)** La fecha, el lugar y el monto de la pérdida;

- **(3)** Una copia del contrato entre el ajustador público y el asegurado;
- **(4)** El nombre del asegurador y el monto, fecha de vencimiento y número de cada póliza bajo la cual se cubre la pérdida;
- **(5)** Una declaración detallada de las recuperaciones realizadas por el asegurado de las fuentes conocidas por el ajustador público;
- **(6)** La compensación total recibida por el ajuste; y
- **(7)** Una declaración detallada de los desembolsos efectuados por el titular de la licencia a partir de las recuperaciones recibidas en nombre del asegurado.

- **(b)** Los registros que se deben conservar de conformidad con esta sección del Código serán:
  - **(1)** Se mantendrá en este estado durante al menos cinco años después de la terminación de una transacción con el asegurado; y
  - **(2)** Abierto al examen del Comisionado.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Sección 33-23-43.6 - Fondos mantenidos en calidad de fiduciario; autorización para divulgación

- **(a)** Todos los fondos recibidos como producto de una reclamación por un ajustador que actúe como ajustador público son recibidos y retenidos por dicho ajustador en calidad de fiduciario. Dicho ajustador no desviará ni se apropiará indebidamente de los fondos fiduciarios recibidos o retenidos.
- **(b)** El solicitante de una licencia para actuar como ajustador público deberá, como parte de la solicitud, endosar una autorización para la divulgación al Comisionado de todos los registros financieros de los fondos que dicho ajustador tenga y vaya a tener en su calidad de fiduciario. La autorización continúa en vigor y efecto mientras dicho ajustador continúe teniendo licencia de conformidad con este artículo.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Sección 33-23-43.7 - Anuncios; anuncios engañosos o confusos; exención de responsabilidad obligatoria

- **(a)** Cada anuncio de un ajustador que solicite o anuncie negocios deberá mostrar el nombre del ajustador y el número de licencia tal como aparecen en los registros del Comisionado.

- **(b)** Un ajustador no podrá utilizar ningún anuncio que solicite o promocione negocios a menos que dicha solicitud o anuncio haya sido aprobado por el Comisionado.

- **(c)** Las siguientes declaraciones, hechas en cualquier anuncio o solicitud de un ajustador público, se consideran engañosas o confusas:

  - **(1)** Una declaración o representación que invita a un asegurado a presentar un reclamo cuando dicho asegurado no tiene daños cubiertos a su propiedad;

  - **(2)** Una declaración o representación que invita a un asegurado a presentar un reclamo ofreciendo un incentivo monetario u otro incentivo valioso;

  - **(3)** Una declaración o representación que invita a un asegurado a presentar un reclamo al afirmar que no existe "ningún riesgo" para el asegurado al presentar dicho reclamo; y

  - **(4)** Una declaración o representación, o el uso de un logotipo o escudo, que implique o pueda interpretarse erróneamente como que implica que la solicitud fue emitida o distribuida por una agencia gubernamental o está sancionada o respaldada por una agencia gubernamental.

- **(d)** Para los efectos de esta subsección, el término "anuncio escrito" incluye únicamente periódicos, revistas, folletos y correo masivo. La siguiente exención de responsabilidad, que no se requiere que se imprima en tarjetas de presentación de tamaño estándar, se agregará en negrita y letras mayúsculas en un tipo de letra no más pequeño que el tipo de letra del cuerpo del texto a todos los anuncios escritos de un ajustador público:

"ESTA ES UNA SOLICITUD DE NEGOCIOS. SI USTED HA TENIDO UN RECLAMO POR UNA PÉRDIDA O DAÑO A UNA PROPIEDAD ASEGURADA Y ESTÁ SATISFECHO CON EL PAGO DE SU ASEGURADORA, PUEDE IGNORA ESTE ANUNCIO".

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Artículo 33-23-43.8 - Actos prohibidos de los liquidadores

- **(a)** Un ajustador no solicitará ni intentará solicitar empleo a un cliente durante el desarrollo de un desastre natural que produzca pérdidas. Para los fines de esta subsección, el término "desastre natural" significa cualquier desastre natural para el cual el Gobernador proclame un estado de emergencia.

- **(b)** Un ajustador no solicitará ni intentará solicitar negocios en relación con una pérdida o un reclamo en persona, por teléfono o de cualquier otra manera en ningún momento, excepto entre las 8:00 a. m. y las 10:00 p. m. de un día laborable

o un sábado, y entre el mediodía y las 10:00 p. m. de un domingo. Esta subsección no prohibirá que un ajustador acepte llamadas telefónicas o visitas personales durante las horas prohibidas de un asegurado por iniciativa de este último.

- **(c)** Un ajustador no deberá presentar a sabiendas ningún informe falso a su empleador o cliente y no deberá divulgar a ninguna otra persona, excepto según lo requiera la ley, ninguna información obtenida excepto por orden del empleador o del cliente para quien se obtiene la información.

- **(d)** Un ajustador no permitirá que un empleado sin licencia u otro representante del ajustador realice de cualquier manera negocios para los cuales se requiere una licencia bajo este capítulo.

- **(e)** Un agente no deberá prestar servicios ni realizar actos que constituyan el ejercicio de la abogacía, incluyendo la prestación de asesoramiento jurídico a ninguna persona, en su calidad de ajustador.

- **(f)** Un ajustador público no deberá solicitar ni intentar solicitar negocios, directa o indirectamente, ni actuar de ninguna manera en una pérdida por lesiones corporales cubierta por una póliza de seguro de vida, salud o accidentes o en cualquier reclamo por el cual el cliente no esté asegurado bajo la póliza de seguro.

- **(g)** Un ajustador no deberá:

  - **(1)** Participar directa o indirectamente en la reconstrucción, reparación o restauración de la propiedad dañada que sea objeto de un reclamo ajustado por dicho ajustador;

  - **(2)** Participar en cualquier otra actividad que pueda razonablemente interpretarse como que presenta un conflicto de intereses, incluyendo solicitar o aceptar cualquier remuneración, tener un interés financiero o derivar cualquier beneficio financiero directo o indirecto de cualquier empresa de salvamento, empresa de reparación, empresa de construcción u otra empresa que obtenga negocios en relación con cualquier reclamo que el ajustador tenga un contrato o acuerdo para ajustar;

  - **(3)** Sin el conocimiento y consentimiento por escrito del asegurado, adquirir un interés en la propiedad rescatada que sea objeto de un reclamo ajustado por dicho ajustador;

  - **(4)** Representar a un asegurado en un reclamo o cobrarle un honorario a un asegurado mientras representa a la compañía de seguros contra la cual se realiza dicho reclamo;

- **(5)** Solicitar empleo de un abogado o celebrar un contrato con un asegurado, directa o indirectamente, con el propósito principal de recomendarle un abogado sin la intención de realizar los servicios que normalmente presta un ajustador público autorizado. Esta sección del Código no se interpretará en el sentido de prohibir que un ajustador recomiende un abogado en particular a un asegurado; o

- **(6)** Actuar en nombre de un abogado durante el curso de un ajuste de reclamación, a través de un acuerdo de representación de abogado firmado por el asegurado u otros medios.

- **(h)** Un ajustador no deberá realizar declaraciones falsas para solicitar un contrato o acuerdo para ajustar una reclamación.

- **(i)** Un ajustador no deberá:

- **(1)** Adelantar dinero a cualquier cliente potencial o asegurado; o

- **(2)** Pagar, permitir o dar, u ofrecer pagar, permitir o dar, directa o indirectamente, a una persona que no sea un ajustador público autorizado, un honorario, comisión u otra contraprestación valiosa por la derivación de un asegurado a dicho ajustador con el fin de que el asegurado celebre un contrato con dicho ajustador o para cualquier propósito relacionado.

- **(j)** Un ajustador no utilizará ningún membrete, anuncio u otro material impreso, ni utilizará ningún otro medio, para representar que dicho ajustador es un instrumento del gobierno federal, de un estado o de una subdivisión política de un estado.

- **(k)** Un contratista no actuará como ajustador público ni hará publicidad para ajustar reclamos por ninguna propiedad para la cual el contratista esté prestando o pueda prestar servicios de contratación, independientemente de si el contratista:

- **(1)** Posee una licencia bajo este capítulo; o

- **(2)** Está autorizado a actuar en nombre del asegurado en virtud de un poder notarial u otro acuerdo. Sin embargo, un contratista puede discutir o explicar una oferta para la construcción o reparación de una propiedad cubierta con un propietario de una propiedad residencial que haya sufrido pérdidas o daños cubiertos por una póliza de seguro de propiedad, o con el asegurador de dicha propiedad, si el contratista lo hace por los honorarios usuales y habituales aplicables al trabajo que se realizará según lo establecido en el contrato entre el contratista y el asegurado.

- **(l)** Un ajustador público no aceptará honorarios, comisiones u otra contraprestación valiosa de ninguna naturaleza, independientemente de su forma o monto, a cambio de que dicho ajustador recomiende a un asegurado a un tercero, ya sea individual o empresarial, incluido un abogado, tasador, árbitro, empresa de construcción, contratista o empresa de salvamento.

- **(m)** Ninguna persona a quien se le haya negado o revocado su licencia bajo este título será propietario, funcionario o director de una entidad comercial, asociación o corporación si dicha entidad, asociación o corporación se presenta como un ajustador público, una firma de ajustadores públicos o de otra manera se representa o actúa como una asociación de ajustadores públicos o una asociación que ofrece servicios de ajuste público.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 782, § 33, en vigencia a partir del 2 de mayo de 2022.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Sección 33-23-43.9 - Norma de conducta de los liquidadores públicos

- **(a)** Un ajustador público está obligado, bajo su licencia, a servir con objetividad y completa lealtad únicamente al interés de su cliente y a brindar al asegurado dicha información, asesoramiento y servicio dentro del conocimiento, entendimiento y opinión del ajustador público que mejor satisfaga las necesidades e intereses del reclamo de seguro del asegurado.

- **(b)** Un ajustador público deberá observar fielmente todos los términos y disposiciones del contrato de ajustador público según lo prescrito en la Sección 33-23-43.2 del Código.

Renumerado de § 33-23-43.2 y enmendado por 2021 Ga. Laws 185, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Agregado por 2014 Ga. Laws 504,§ 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Artículo 33-23-43.10 - Denegación, suspensión o revocación de la licencia; notificación y audiencia

- **(a)** El Comisionado podrá denegar una solicitud de licencia o suspender o revocar una licencia emitida a cualquier ajustador público sobre la base de:

  - **(1)** Una violación de este artículo o de cualquier regla adoptada por el Comisionado bajo este artículo;

  - **(2)** Una causa que constituya fundamento para la denegación de una licencia original;

- **(3)** Tergiversación o fraude en la obtención de una licencia;
- **(4)** No aprobar un examen de licencia requerido;
- **(5)** La apropiación indebida o conversión de dinero que debe conservarse en calidad fiduciaria;
- **(6)** Tergiversación material, con intención de engañar, de los términos de un contrato de seguro;
- **(7)** Participar en una transacción fraudulenta;
- **(8)** Demostrar incompetencia o falta de confiabilidad en la conducción de los asuntos del titular de la licencia conforme a la misma, según lo determine el Comisionado;
- **(9)** Condena por un delito grave mediante sentencia definitiva dictada por un tribunal de jurisdicción competente; o
- **(10)** Tergiversación material, con intención de engañar, de la condición de la persona como ajustador público.

- **(b)** Si el departamento propone negarse a emitir una licencia original bajo este artículo o suspender, revocar o negarse a renovar una licencia bajo este artículo, el solicitante rechazado o el licenciatario afectado tiene derecho a una notificación y audiencia de conformidad con el Capítulo 2 de este título.

Agregado por 2021 Ga. Laws 185,§ 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Artículo 33-23-44 - Normas y reglamentos

- **(a)** El Comisionado podrá establecer reglas y reglamentos con respecto a:
- **(1)** La clasificación de los solicitantes según los tipos de seguros que contratarán si obtienen la licencia;
- **(2)** El alcance, tipo y conducta de los exámenes escritos que se realizarán de conformidad con este capítulo y los horarios y lugares dentro de este estado para realizar los exámenes;
- **(3)** Clasificación y alcance de la autoridad de cualquier licencia autorizada bajo este capítulo; y
- **(4)** Cualquier otro propósito requerido o necesario para la implementación o cumplimiento de este capítulo.

- **(b)** El Comisionado establecerá mediante regla o reglamento una licencia para las personas exentas bajo la Sección 33-23-18 del Código que sea distinta de otras licencias de agentes.

Enmendado sin cambios por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-45 - [Reservado] Limitación de la aplicabilidad del artículo

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 21, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Artículo 33-23-46 - Remuneración de los consejeros autorizados; divulgación; excepciones

- **(a)** Para los efectos de esta sección del Código, el término:
  - **(1)** "Afiliado" significa una persona que controla, es controlada por o está bajo control común con el productor.
  - **(2)** "Compensación de una aseguradora u otro tercero" significa pagos, comisiones, honorarios, premios, bonificaciones, comisiones contingentes, préstamos, opciones sobre acciones, obsequios, premios o cualquier otra forma de contraprestación valiosa, ya sea pagadera o no de conformidad con un acuerdo escrito, pero no significará obsequios de minimis de menos de $45.00 en valor.
  - **(3)** La "compensación del cliente" no incluirá:
    - **(A)** Cualquier tarifa o gasto similar previsto en el subpárrafo (C) del párrafo (6) de la Sección 33-6-5 del Código;
    - **(B)** Cualquier cantidad o tarifa pagada por o al productor que no exceda una cantidad establecida por el Comisionado; o
    - **(C)** Una prima o tarifa facturada por el productor únicamente en nombre de una aseguradora.
  - **(4)** "Reconocimiento documentado" significa el consentimiento por escrito del cliente obtenido antes de la compra inicial del seguro. En el caso de una compra por teléfono o por medios electrónicos para la que no se pueda obtener razonablemente el consentimiento por escrito, se aceptará el consentimiento documentado por el productor.
- **(b)**
  - **(1)** Cuando cualquier productor de seguros autorizado como asesor, según se define en este capítulo, o cualquier afiliado de dicho productor reciba alguna compensación o cobre algún otro honorario al cliente, ni ese productor ni el afiliado aceptarán ni recibirán ninguna compensación de una aseguradora u otro tercero por la colocación de un seguro para ese cliente a menos que el productor, antes de la compra del seguro por parte del cliente:
    - **(A)** Obtuvo el reconocimiento documentado del cliente de que el productor o afiliado recibirá dicha compensación; y

- **(B)** Se deberá revelar el monto de la compensación que le haya proporcionado la aseguradora o un tercero por esa colocación. Si el monto de la compensación no se conoce al momento de la divulgación, el productor deberá revelar en un lenguaje legible el método para calcular dicha compensación y, de ser posible, una estimación razonable del monto.

- **(2)** No obstante lo dispuesto en el párrafo (1) de esta subsección, un productor de seguros que no tenga licencia como asesor, según se define en este capítulo, no podrá aceptar ni recibir ninguna compensación del cliente por la colocación de un seguro.

- **(c)** Una persona no será considerada cliente para los fines de esta sección del Código si la persona es simplemente:

- **(1)** Un participante o beneficiario de un plan de beneficios para empleados; o

- **(2)** Cubierto por una póliza de seguro grupal o general o un contrato de anualidad grupal vendido, solicitado o negociado por el productor de seguros o su afiliado.

- **(d)** Esta sección del Código no se aplicará a:

- **(1)** Una persona autorizada como productor de seguros que actúa únicamente como intermediario entre una aseguradora y el productor, como un agente general gerente, un gerente de ventas o un corredor mayorista;

- **(2)** Un intermediario de reaseguros;

- **(3)** La renovación o cualquier otra continuación de la póliza; o

- **(4)** Un productor cuya única compensación por la colocación provenga de comisiones, salarios y otras remuneraciones del asegurador.

- **(e)** El Comisionado podrá promulgar reglas y reglamentos según sea necesario para implementar las disposiciones de esta sección del Código.

Agregado por 2005 Ga. Laws 108,§ 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Artículo 2 - LICENCIA DE ADMINISTRADORES (§§ 33-23-100 — 33-23-105)

Sección 33-23-100 - Definiciones; exenciones; aplicabilidad de las Secciones 33-24-59.5 y 33-24-59.14 del Código

- **(a)** Tal como se utiliza en este artículo, el término:

- **(1)** "Administrador" significa cualquier entidad comercial que, directa o indirectamente, cobra cargos, tarifas o primas; ajusta o liquida reclamos, incluyendo la investigación o el examen de reclamos o la recepción, el desembolso, el manejo o de otra manera es responsable de los fondos de reclamos; o proporciona suscripción o precertificación y preautorización de hospitalizaciones o tratamientos médicos para residentes de este estado para o en nombre de

cualquier aseguradora, incluyendo entidades comerciales que actúan en nombre de un plan de salud de autoseguro de un solo empleador o de múltiples empleadores o un municipio autoasegurado u otra subdivisión política. También se requiere licencia para los administradores que actúan en nombre de planes autoasegurados que brindan beneficios de compensación para trabajadores de conformidad con el Capítulo 9 del Título 34. Para los fines de este artículo, cada actividad realizada por el administrador en nombre de una aseguradora o del cliente del administrador se considera una transacción y está sujeta a las disposiciones de este título.

- **(2)** "Entidad comercial" significa una corporación, asociación, sociedad, empresa unipersonal, compañía de responsabilidad limitada, sociedad de responsabilidad limitada u otra entidad legal.

- **(3)** "Trimestre financiero estándar" significa un período de tres meses que termina el 31 de marzo, el 30 de junio, el 30 de septiembre o el 31 de diciembre de cualquier año calendario.

- **(b)** No obstante lo dispuesto en el inciso (a) de esta sección del Código, las siguientes entidades están exentas de licencia siempre que actúen directamente a través de sus funcionarios y empleados:

- **(1)** Un empleador en nombre de sus empleados o de los empleados de una o más corporaciones subsidiarias o afiliadas de dicho empleador;

- **(2)** Un sindicato en nombre de sus miembros;

- **(3)** Una compañía de seguros autorizada en este estado o su afiliada, a menos que el administrador de la afiliada esté haciendo negocios con una aseguradora no afiliada que no tenga licencia en este estado;

- **(4)** Una aseguradora que no esté autorizada a realizar transacciones de seguros en este estado si dicha aseguradora está administrando una póliza emitida legalmente por ella en y de conformidad con las leyes de un estado en el que está autorizada a realizar transacciones de seguros;

- **(5)** Un agente o corredor de seguros de vida o de accidentes y enfermedades con licencia en este estado cuyas actividades se limitan exclusivamente a la venta de seguros;

- **(6)** Un acreedor en nombre de sus deudores con respecto a un seguro que cubra una deuda entre el acreedor y sus deudores;

- **(7)** Un fideicomiso establecido de conformidad con la Sección 186 del Título 29 del Código de los Estados Unidos y sus fideicomisarios, agentes y empleados que actúen en virtud de ella;
- **(8)** Un fideicomiso exento de impuestos bajo la Sección 501(a) del Código de Rentas Internas y sus fideicomisarios y empleados que actúen en virtud del mismo o un custodio y sus agentes y empleados que actúen de conformidad con una cuenta de custodio que cumpla con los requisitos de la Sección 401(f) del Código de Rentas Internas;
- **(9)** Un banco, cooperativa de crédito u otra institución financiera que esté sujeta a la supervisión o examen de las autoridades bancarias federales o estatales;
- **(10)** Una compañía emisora de tarjetas de crédito que adelanta y cobra primas o cargos a los titulares de sus tarjetas de crédito que la han autorizado a hacerlo, siempre que dicha compañía no ajuste ni liquide reclamaciones;
- **(11)** Una persona que ajusta o liquida reclamaciones en el curso normal de su práctica o empleo como abogado y que no cobra cargos o primas en relación con la cobertura de seguros de vida, accidentes y enfermedad o anualidades;
- **(12)** Una compañía de seguros autorizada en este estado o su afiliada si dicha compañía de seguros o su afiliada administra únicamente seguros de beneficios limitados. Para los fines de este párrafo, el término "seguro de beneficios limitados" significa un seguro contra accidentes o enfermedades diseñado, publicitado y comercializado para complementar el seguro médico principal y, específicamente, incluirá solo accidentes, suplemento CHAMPUS, ingresos por discapacidad, indemnización fija, atención a largo plazo o seguro de enfermedades específicas; o
- **(13)** Una asociación que administra reclamos de compensación laboral únicamente en nombre de sus miembros.

- **(c)** Una entidad comercial que solicite una exención deberá presentar un aviso de exención en un formulario provisto por el Comisionado. Este formulario debe estar firmado por un funcionario de la empresa y presentarse al departamento antes del 31 de diciembre del año anterior al año para el cual se solicitará una exención. Dicho aviso de exención deberá actualizarse por escrito dentro de los 30 días si cambia la base de dicha exención. Un administrador que solicite una exención de conformidad con los párrafos (3) y (4) de la subsección (b)

de esta sección del Código estará sujeto a las disposiciones de las Secciones 33-24-59.5 y 33-24-59.14 del Código.

- **(d)** La obtención de una licencia como administrador no exime al solicitante de otros requisitos de licencia bajo este título.

- **(e)** La obtención de una licencia como administrador somete al solicitante a las disposiciones de las Secciones 33-24-59.5 y 33-24-59.14 del Código.

- **(f)** Un administrador estará sujeto a las Secciones 33-24-59.5 y 33-24-59.14 del Código a menos que el administrador proporcione evidencia suficiente de que el plan de salud autoasegurado no financió adecuadamente el plan para permitir que el administrador pagara cualquier reclamo externo.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2011 196, §; 4, en vigencia a partir del 1/1/2013.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, §; 7, en vigor desde el 1 de julio de 2005.

Sección 33-23-101 - Licencias de administradores; tarifa de presentación; rechazo, suspensión o revocación de licencia; notificación y audiencia; reemisión de licencia revocada; apelación; licencias de prueba; requisitos adicionales para la licencia; restricciones a los licenciatarios; sanciones

- **(a)** Ninguna entidad comercial actuará como administrador en este estado, ni se hará pasar por tal, a menos que sea un ajustador autorizado en este estado para el tipo de negocio para el cual actúa como administrador, a menos que dicha entidad comercial tenga una licencia de administrador emitida por el Comisionado. La licencia se renovará anualmente y de la manera que el Comisionado prescriba mediante regla o reglamento. El incumplimiento de dicha licencia someterá al administrador a las multas y otras sanciones correspondientes según lo dispuesto en el Capítulo 2 de este título.

- **(b)** Una solicitud de licencia de administrador o una solicitud de renovación de dicha licencia deberá estar acompañada por una tarifa de presentación que será prescrita por regla o reglamento del Comisionado.

- **(c)** El Comisionado podrá denegar una licencia o suspender o revocar una licencia debidamente expedida, o podrá denegar la renovación de dicha licencia, si determina que el solicitante o el titular de la licencia:

  - **(1)** Ha violado cualquier disposición de este título o de cualquier otra ley de este estado relacionada con el seguro según se define en este capítulo o relacionada con otro tipo de seguro;

- **(2)** Ha tergiversado u ocultado intencionalmente cualquier hecho material en la solicitud de licencia;
- **(3)** Haya obtenido o intentado obtener la licencia mediante tergiversación, ocultación u otro fraude;
- **(4)** Haya apropiado indebidamente, convertido para su propio uso o retenido ilegalmente dinero perteneciente a un asegurador o a un asegurado o beneficiario;
- **(5)** Haya cometido prácticas fraudulentas o deshonestas;
- **(6)** Haya tergiversado materialmente los términos y condiciones de las pólizas o contratos de seguro;
- **(7)** No ha cumplido o ha violado cualquier orden, norma o reglamento emitido por el Comisionado;
- **(8)** No ejerce de buena fe su actividad como administrador;
- **(9)** No ha obtenido para la licencia inicial o no ha conservado para la renovación anual un patrimonio neto adecuado según lo prescrito por orden, regla o reglamento del Comisionado; o
- **(10)** Haya demostrado falta de confiabilidad o falta de competencia para actuar como administrador.

- **(d)** Si el Comisionado solicita suspender, revocar o no renovar una licencia para un administrador, deberá notificar dicha acción al administrador y el administrador podrá invocar el derecho a una audiencia administrativa de conformidad con el Capítulo 2 de este título.
- **(e)** Ningún licenciatario cuya licencia haya sido revocada según lo prescrito en esta sección del Código tendrá derecho a presentar otra solicitud de licencia dentro de los cinco años a partir de la fecha efectiva de la revocación o, si se solicita una revisión judicial de dicha revocación, dentro de los cinco años a partir de la fecha de la orden o decreto judicial final que confirme la revocación. El Comisionado podrá rechazar la solicitud presentada a menos que el solicitante demuestre una buena causa por la cual la revocación de su licencia no se considerará un impedimento para la emisión de una nueva licencia.
- **(f)** La apelación de cualquier orden o decisión del Comisionado dictada de conformidad con este artículo se realizará conforme a lo dispuesto en el Capítulo 2 de este título.
- **(gramo)**

- **(1)** El Comisionado tendrá la autoridad de emitir una licencia de prueba a cualquier solicitante conforme a este artículo.
- **(2)** Una licencia de prueba puede expedirse por un período no menor de tres meses ni mayor de 12 meses y estará sujeta a revocación inmediata por causa justificada en cualquier momento sin audiencia.
- **(3)** El Comisionado, a su discreción, prescribirá los términos del período de prueba, podrá extender el período de prueba o negarse a otorgar una licencia al final de cualquier período de prueba.

- **(h)** El Comisionado podrá imponer, mediante regla o reglamento, calificaciones adicionales razonables necesarias para obtener una licencia como administrador.
- **(i)** La licencia de un administrador no podrá venderse ni transferirse a una parte no afiliada o no relacionada de otro modo. Un administrador no podrá contratar ni subcontratar ninguno de sus servicios negociados con ninguna entidad comercial sin licencia a menos que el Comisionado apruebe una autorización especial antes de celebrar un acuerdo contractual o subcontratista.
- **(j)** El Comisionado podrá, a su discreción, imponer una sanción o multa contra cualquier entidad comercial que actúe como administrador sin licencia por cada transacción que viole este artículo.
- **(k)** A un administrador autorizado no se le permite comercializar o administrar ningún producto de seguro no aprobado en Georgia o que sea emitido por una aseguradora no admitida o un plan de salud autoasegurado de múltiples empleadores no autorizado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 140, § 22, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 8, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Sección 33-23-102 - Fianza y garantía del solicitante; seguro de responsabilidad civil; licencias retenidas

- **(a)** Todo solicitante de una licencia de administrador deberá presentar junto con la solicitud y mantener vigente a partir de entonces una fianza a favor del Comisionado ejecutada por una compañía de seguros de garantías corporativa autorizada para realizar transacciones de seguros en este estado. Los términos y el tipo de la fianza, incluyendo, entre otros, la responsabilidad total agregada de la fianza, se establecerán mediante la norma o reglamento del Comisionado.

- **(b)** La fianza permanecerá vigente hasta que el Comisionado libere al fiador de su responsabilidad o hasta que éste la cancele. Sin perjuicio de cualquier responsabilidad devengada antes de la cancelación, el fiador podrá cancelar la fianza mediante notificación por escrito presentada al Comisionado con 30 días de anticipación.

- **(c)** Todo solicitante de una licencia de administrador deberá obtener y mantener vigente en lo sucesivo una cobertura contra errores y omisiones u otro seguro de responsabilidad civil adecuado, emitido por una aseguradora autorizada para realizar transacciones de seguros en este estado, por un monto de al menos $100,000.00.

- **(d)** La cobertura requerida en el inciso (c) de esta sección del Código permanecerá vigente por un período de al menos un año y contendrá un texto que incluya que la aseguradora puede cancelar el seguro mediante un aviso con 60 días de anticipación presentado al Comisionado. Se podrán imponer al solicitante otros términos y condiciones relacionados con la póliza de errores y omisiones que el Comisionado considere apropiados mediante una regla o reglamento.

- **(e)** En el caso de que un administrador con licencia no renueve, renuncie o de otra manera termine su licencia, debe conservar tanto la fianza como la cobertura de errores y omisiones por un período no inferior a un año después de que el licenciatario no haya renovado, entregado o de otra manera terminado su licencia.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2013 33, § 33, en vigencia a partir del 24/4/2013.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 9, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Artículo 33-23-103 - Examen de los administradores por el Comisionado

Los administradores estarán sujetos a los exámenes financieros y de conducta del mercado que realice el Comisionado. Los costos que ocasionen dichos exámenes correrán a cargo del administrador.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 10, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Artículo 33-23-104 - Establecimiento de requisitos y procedimientos que afectan a los administradores

Los requisitos y procedimientos para los acuerdos escritos, pagos a administradores, mantenimiento de información, aprobación de publicidad,

disposiciones de suscripción, cobro de primas, pago de reclamaciones, ajuste o liquidación de reclamaciones, notificaciones y otros asuntos que involucren a los administradores podrán establecerse mediante reglas o reglamentos del Comisionado.

Artículo 33-23-105 - Normas y reglamentos para la aplicación del artículo

El Comisionado podrá promulgar reglas y reglamentos que sean necesarios para implementar las disposiciones de este artículo y para garantizar el funcionamiento seguro y adecuado de los administradores de este estado.

Artículo 3 - NAVEGADORES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (§§ 33-23-200 — 33-23-205)

Artículo 33-23-200 - [Ver Nota] Hallazgos legislativos; concesión de licencias a navegadores de seguros de salud

La Asamblea General considera que las disposiciones de la Ley federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible pueden dar lugar a la formación de bolsas de seguros de salud que operen en Georgia conforme a la ley federal y empleen a navegadores o entidades de navegadores cuya función será orientar a las personas y empresas hacia las pólizas de seguro de salud. La Asamblea General considera además que es necesario otorgar licencias y regular a dichos navegadores o entidades de navegadores para garantizar que estén capacitados y tengan conocimientos sobre la materia de los planes de seguro de salud individuales y grupales y la cobertura de seguro, a fin de evitar riesgos sustanciales para la salud, la seguridad y el bienestar de los residentes de este estado.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Artículo 33-23-201 - [Ver Nota] Definiciones

- **(1)** "Bolsa" significa una bolsa o mercado estatal, federal o de asociación que opera en Georgia de conformidad con la Sección 1311 de la ley federal.
- **(2)** "Ley federal" significa la Ley federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley federal de

Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y las reglamentaciones o directrices emitidas conforme a esas leyes.

- **(3)** "Navegador" significa una persona, incluidos asistentes, asesores de solicitudes u otras personas, autorizadas de conformidad con la ley federal para brindar asesoramiento y orientación sobre seguros a personas y grupos no asegurados que buscan cobertura de seguro médico. Para los fines de este artículo, si una organización o entidad comercial actúa como navegador, se considerará que una persona que realiza funciones de navegador para esa organización o entidad comercial actúa en calidad de navegador.

- **(4)** "Navegador de pacientes" significa una persona que ofrece asistencia a pacientes, familias y cuidadores para ayudar a superar las barreras del sistema de atención médica y facilitar el acceso oportuno a atención médica y psicosocial de calidad según lo define la comunidad de atención médica a la que sirve.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Artículo 33-23-202 - [Ver Nota] Licencias y requisitos para las mismas

- **(a)** Ningún navegador proporcionará asesoramiento, orientación u otra asistencia con respecto a los planes de beneficios de salud como navegador bajo las disposiciones de la ley federal a menos que tenga licencia de conformidad con este artículo.

- **(b)** El Comisionado no expedirá una licencia a ningún solicitante que no cumpla o no se ajuste a las siguientes calificaciones o requisitos:

  - **(1)** El solicitante deberá demostrar a satisfacción del Comisionado que tiene los antecedentes, la experiencia, el conocimiento y la competencia en la materia que le permitirán brindar información y asesoramiento precisos a personas y grupos en este estado que buscan obtener cobertura de seguro de salud bajo las disposiciones de la ley federal;

  - **(2)** El solicitante deberá haber completado con éxito no menos de 35 horas de instrucción en seguro de beneficios de salud, las disposiciones de intercambio de la ley federal, el programa de asistencia médica previsto en el Artículo 7 del Capítulo 4 del Título 49 y el Programa PeachCare for Kids previsto en el Artículo 13 del Capítulo 5 del Título 49, a satisfacción del Comisionado, a través de un programa de capacitación aprobado por el Comisionado;

- **(3)** El solicitante deberá aprobar el examen que requiera el Comisionado, a menos que el Comisionado lo exima con base en su experiencia y calificaciones y de conformidad con los reglamentos adoptados por el Comisionado;
- **(4)** El solicitante no deberá ser menor de 18 años de edad y tener buen carácter moral y deberá presentar en un formulario aprobado por el Comisionado la información, incluyendo, sin limitación, antecedentes penales e información de antecedentes reglamentarios, que el Comisionado pueda requerir; y
- **(5)** El solicitante de una licencia de renovación deberá haber completado clases de educación continua aprobadas por el Comisionado.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Sección 33-23-203 - [Ver Nota] Violaciones; limitación de las solicitudes; compensación, responsabilidades y limitaciones de los navegantes

- **(a)** La violación de cualquier disposición de este título o de la ley federal, incluyendo cualquier acto u omisión que sería motivo de denegación, suspensión o revocación de la licencia de un agente según se define en el Artículo 1 de este capítulo, será motivo de denegación, suspensión o revocación de una licencia bajo este artículo.
- **(b)** Ningún navegante deberá solicitar información a ninguna persona o empresa que esté actualmente asegurada bajo un plan de beneficios de salud existente.
- **(c)** Ningún navegante recibirá comisión, compensación ni nada de valor de ninguna aseguradora, plan de beneficios de salud, empresa o consumidor por brindar asesoramiento o servicios específicamente autorizados para ser proporcionados como navegante de conformidad con las disposiciones de la ley federal. Los navegantes serán compensados por el asesoramiento o los servicios prestados de conformidad con las disposiciones de la ley federal únicamente según lo previsto en la ley federal.
- **(d)** Los navegadores deberán proporcionar información objetivamente precisa a las personas y empresas no aseguradas sobre la disponibilidad de créditos fiscales para primas conforme a la Sección 36B del Código de Rentas Internas de 1986 y reducciones de costos compartidos conforme a la Sección 1402 de la ley federal.
- **(e)** No obstante cualquier otra disposición de la ley, la obtención de una licencia como navegante de conformidad con las disposiciones de este artículo no constituirá una licencia como agente o administrador según se define en los artículos 1 y 2 de este capítulo. Ninguna persona que preste asesoramiento o servicios como navegante de conformidad con las disposiciones de la ley federal será compensada por dicho

asesoramiento o servicios como titular de una licencia expedida de conformidad con el artículo 1 o 2 de este capítulo; siempre que, sin embargo, las disposiciones de esta subsección no prohíban que el titular de una licencia expedida de conformidad con dichos artículos sea compensado por el asesoramiento o los servicios prestados como tal licenciatario y no como navegante. Los navegantes con licencia de conformidad con las disposiciones de este artículo no deberán, excepto en la medida en que lo autoricen específicamente las disposiciones de la ley federal:

- **(1)** Participar en cualquier actividad que requiera licencia de conformidad con las disposiciones del Artículo 1 o 2 de este capítulo, a menos que tenga licencia de conformidad con ellas;

- **(2)** Brindar asesoramiento sobre los beneficios, términos y características de un plan de beneficios de salud en particular u ofrecer asesoramiento sobre qué plan de beneficios de salud es mejor o peor para un individuo o empresa en particular, excepto en calidad de licenciatario de conformidad con las disposiciones del Artículo 1 o 2 de este capítulo; o

- **(3)** Recomendar un plan de beneficios de salud en particular o asesorar a personas o empresas sobre qué plan de beneficios de salud elegir, excepto en calidad de licenciatario de conformidad con las disposiciones del Artículo 1 o 2 de este capítulo.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Artículo 33-23-204 - [Ver Nota] Adopción de normas y reglamentos

El Comisionado estará autorizado para adoptar reglas y reglamentos para hacer efectiva la implementación de este artículo.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Artículo 33-23-205 - [Ver Nota] Aplicabilidad

Las disposiciones de este artículo no se aplicarán a los navegadores de pacientes según se definen en el párrafo (4) de la Sección 33-23-201 del Código.

Agregado por las Leyes de Georgia de 2013 253, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2013, aplicable solo tras la notificación por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal u otra agencia o funcionario federal responsable al Gobernador, al Comisionado de Seguros u otra agencia o funcionario responsable del Estado de Georgia de que se ha creado o aprobado un intercambio de seguros de salud para operar dentro del Estado de Georgia de conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Ley Pública 111-148), modificada por la Ley Federal de Reconciliación de Atención Médica y Educación de 2010 (Ley Pública 111-152), y cualquier modificación a la misma, o regulaciones o guías emitidas bajo esas leyes, o tras el inicio de la operación de cualquier intercambio de este tipo dentro del Estado de Georgia.

Código de Georgia § 33-6-4 y 5

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-6-1 — 33-6-14) Sección 33-6-4 - Enumeración de métodos de competencia desleal y actos o prácticas desleales o engañosos; sanción

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-4 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

- **(a)** Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:
  - **(1)** "Certificado de regalo" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.
  - **(2)** “Póliza” significa cualquier fianza de seguro emitida por una aseguradora.
  - **(3)** "Tarjeta de regalo de la tienda" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.
- **(b)** Se consideran métodos desleales de competencia y actos o prácticas desleales y engañosos en el negocio de seguros los siguientes actos o prácticas:
  - **(1)** Hacer, publicar, diseminar, circular o colocar ante el público o causar que directa o indirectamente se haga, publique, disemine, circule o coloque ante el público en un periódico, revista u otra publicación o en forma de aviso, circular, folleto, carta o cartel, o en cualquier estación de radio o de cualquier otra manera un anuncio,

anuncio o declaración que contenga cualquier afirmación, representación o declaración con respecto al negocio de seguros o con respecto a cualquier persona en la conducción de su negocio de seguros, cuya declaración, afirmación o representación sea falsa, engañosa o confusa;

- **(2)** Hacer, emitir, circular o hacer que se haga, emita o circule cualquier estimación, ilustración, circular o declaración que tergiverse los términos de cualquier póliza emitida o por emitirse, los beneficios o ventajas prometidos por la misma, o los dividendos o la parte del excedente que se recibirá por la misma; hacer cualquier declaración falsa o engañosa en cuanto a los dividendos o la parte del excedente pagados previamente en pólizas similares; hacer cualquier representación engañosa o cualquier tergiversación en cuanto a la condición financiera de cualquier asegurador, en cuanto al sistema de reserva legal sobre el cual opera cualquier asegurador de vida; usar cualquier nombre o título de cualquier póliza o clase de pólizas que tergiverse la verdadera naturaleza de las mismas; o hacer cualquier tergiversación a cualquier asegurado en cualquier compañía con el propósito de inducir o tender a inducir al asegurado a dejar de tener derecho a, perder o entregar su seguro. No se considerará tergiversación ni publicidad engañosa en el sentido de este párrafo una estimación de dividendos preparada en formularios de la compañía y que indique claramente, en un tipo de letra de tamaño igual al usado en las cifras que muestran los montos de los dividendos estimados, que los dividendos se basan en estimaciones hechas por la compañía con base en su experiencia pasada;

- **(3)** Hacer, publicar, difundir o circular, directa o indirectamente, o ayudar, instigar o alentar la realización, publicación, difusión o circulación de cualquier declaración oral o escrita o cualquier folleto, circular, artículo o literatura que sea falsa o maliciosamente crítica o tergiverse sustancialmente la condición financiera de una aseguradora y que esté calculada para perjudicar a cualquier persona que participe en el negocio de los seguros;

- **(4)** Celebrar cualquier acuerdo para cometer o, mediante cualquier acción concertada, cometer cualquier acto de boicot, coerción o intimidación que resulte o tienda a resultar en una restricción irrazonable o un monopolio en el negocio de los seguros;

- **(5)** Presentar ante cualquier funcionario supervisor u otro funcionario público o hacer, publicar, difundir, circular, entregar a cualquier persona o colocar ante el público o causar que, directa o indirectamente, se haga, publique, difunda, circule, entregue a cualquier persona o coloque ante el público cualquier declaración falsa sobre la condición financiera de una aseguradora con la intención de engañar;

- **(6)** Hacer cualquier entrada falsa en cualquier libro, informe o declaración de cualquier aseguradora con la intención de engañar a cualquier agente o examinador legalmente designado para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o a cualquier funcionario público a quien dicha aseguradora esté obligada por ley a informar o que tenga autoridad por ley para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o, con la misma intención, omitir deliberadamente hacer una entrada verdadera de cualquier hecho material perteneciente al negocio de dicha aseguradora en cualquier libro, informe o declaración de la aseguradora;

- **(7)** Emitir o entregar o permitir que agentes, funcionarios o empleados emitan o entreguen acciones de agencias o compañías u otras acciones de capital, certificados de beneficios o acciones en cualquier corporación de derecho consuetudinario, valores o cualquier contrato especial o de junta asesora de cualquier tipo que prometa retornos y ganancias como incentivo para el seguro;
- **(8)**
  - **(A)**
  - **(i)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase, mismo monto de póliza e igual expectativa de vida en las tarifas cobradas por cualquier contrato de seguro de vida o de renta vitalicia, en los dividendos u otros beneficios pagaderos sobre el mismo, o en cualquiera de los otros términos y condiciones del contrato.
  - **(ii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase y de esencialmente el mismo riesgo en el monto de la prima, los honorarios de la póliza o las tarifas cobradas por cualquier póliza o contrato de seguro de accidentes o enfermedad, en los beneficios pagaderos en virtud de la misma, en cualquiera de los términos o condiciones del contrato o en cualquier otra manera.
  - **(iii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta en la emisión, renovación o cancelación de cualquier póliza o contrato de seguro contra pérdida directa de propiedad residencial y su contenido, en el monto de la prima, tarifas de la póliza o tarifas cobradas por las pólizas o contratos cuando la discriminación se basa únicamente en la antigüedad o ubicación geográfica de la propiedad dentro de un distrito clasificado como resistente al fuego sin tener en cuenta la experiencia de pérdida objetiva relacionada con ella.
  - **(iv)**
  - **(I)** La discriminación injusta prohibida por las disposiciones de este subpárrafo incluye la discriminación basada en la raza, el color y el origen nacional o étnico. Además, en relación con cualquier tipo de seguro, será un acto o práctica injusta y engañosa negarse a asegurar o negarse a continuar asegurando a una persona; limitar la cantidad, el alcance o el tipo de cobertura disponible para una persona; o cobrar a una persona una tarifa diferente por la misma cobertura debido a la raza, el color o el origen nacional o étnico de esa persona. Las prohibiciones de esta división se suman y complementan todas y cada una de las demás disposiciones de la ley de Georgia que prohíben dicha discriminación que se hayan promulgado anteriormente y existan actualmente, o que puedan promulgarse posteriormente, y no serán una limitación a dichas otras disposiciones de la ley.
  - **(II)** La infracción de esta división dará lugar a una causa de acción civil por daños y perjuicios resultantes de dicha infracción, incluidos, entre otros, todos los daños y perjuicios recuperables por incumplimiento de los contratos de seguro conforme a la ley de Georgia, incluidos los daños y perjuicios por mala fe y los honorarios de los abogados y los costos del litigio. La infracción de esta división también dará lugar a la concesión de daños punitivos o ejemplares por un

monto que determine el juez de los hechos si se determina que dicha infracción fue intencional. Los recursos previstos en esta división se suman a todos los demás recursos que pueda proporcionar la ley en la actualidad o en el futuro y son acumulativos de ellos.

- **(B)** Permitir u ofrecer a sabiendas hacer o hacer cualquier contrato de seguro o acuerdo en cuanto al contrato que no sea el claramente expresado en el contrato emitido al respecto; pagar, permitir, dar u ofrecer pagar, permitir o dar directa o indirectamente, como incentivo para cualquier contrato de seguro, cualquier descuento de primas pagaderas sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otros beneficios sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso que sea no especificado en el contrato, excepto de conformidad con una presentación de tarifas, un plan de calificación o un sistema de calificación aplicable presentado ante el Comisionado y aprobado por éste; dar, vender, comprar u ofrecer dar, vender o comprar como incentivo para dicho seguro o en conexión con el mismo cualquier acción, bono u otros valores de cualquier compañía, cualquier dividendo o ganancia devengada sobre el mismo, o cualquier cosa de valor que sea no especificada en el contrato; o recibir o aceptar como incentivo para contratos de seguro cualquier descuento de la prima pagadera sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otro beneficio que se devengue sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso no especificado en el contrato.

- **(C)** Nada de lo dispuesto en los subpárrafos (A) y (B) de este párrafo se interpretará como que incluye dentro de la definición de discriminación o descuentos cualquiera de las siguientes prácticas:

- **(i)** En el caso de cualquier contrato de seguro de vida o renta vitalicia, pagar bonificaciones a los asegurados o, de otro modo, reducir sus primas total o parcialmente con el excedente acumulado de seguros no participantes, siempre que las bonificaciones o reducciones de primas sean justas y equitativas para los asegurados y para el mejor interés de la compañía y sus asegurados;

- **(ii)** En el caso de pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad emitidas con débito industrial o con prima semanal, hacer una provisión por un monto que represente de manera justa el ahorro en gastos de cobranza a los asegurados que hayan efectuado pagos de primas directamente a una oficina de la aseguradora de manera continua y durante un período específico;

- **(iii)** Realizar un reajuste de la tasa de prima de una póliza en función de la pérdida o gasto experimentado al final del primer año de póliza o de cualquier año de póliza posterior, ajuste que podrá hacerse retroactivo sólo para el año de póliza;

- **(iv)** Emitir pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad que cubran a empleados de buena fe de la aseguradora a una tasa menor que la que se cobra a otras personas de la misma clase;

- **(v)** Emitir pólizas de vida o de accidentes y enfermedad mediante un plan de ahorro de salario, de deducción de nómina, preautorizado,

posdatado, con cheque automático o con giro a una tasa reducida proporcional a los ahorros obtenidos mediante el uso de dicho plan;

- **(vi)** Pagar comisiones u otra compensación a agentes o corredores debidamente autorizados o permitir o devolver dividendos, ahorros o depósitos de primas no absorbidas a los asegurados, miembros o suscriptores participantes;

- **(vii)** El pago por parte de un agente de seguros de parte o la totalidad de las comisiones sobre seguros públicos a una asociación sin fines de lucro de agentes de seguros que esté afiliada a una asociación de agentes de seguros reconocida a nivel estatal o nacional, comisiones que se utilizarán total o parcialmente para una o más empresas cívicas;

- **(viii)** Pagar alimentos o refrigerios por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora para clientes actuales o potenciales durante presentaciones de ventas grupales y seminarios grupales, siempre que no se ofrezcan ni acepten solicitudes o contratos de seguros o anualidades en dichas presentaciones o seminarios;

- **(ix)** Pagar comidas de negocios y entretenimiento por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora, agente o corredor para clientes actuales o potenciales; o

- **(x)** Publicitar o realizar programas promocionales por parte de aseguradores o productores de seguros mediante los cuales se entreguen premios, bienes, artículos, tarjetas de regalo de tiendas, certificados de regalo, entradas para eventos deportivos o mercaderías, que no excedan de $100.00 en valor por cliente en total en cualquier año calendario, a clientes actuales o potenciales; siempre que, sin embargo, la entrega de cualquier artículo o artículos de valor bajo esta subsección no esté supeditada a la venta o renovación de una póliza;

- **(9)** No instruir y exigir debidamente que los agentes, en la solicitud de seguro y el llenado de solicitudes de seguro en nombre de los asegurados, incorporen en ellas todos los hechos materiales relevantes al riesgo que se suscribe, hechos que el agente conoce o podría haber conocido mediante la debida diligencia;

- **(10)** Alentar a los agentes a aceptar solicitudes que contengan tergiversaciones materiales u oculten información material que, de incluirse en la solicitud, impediría la emisión de la póliza o que anularía una póliza desde su inicio de acuerdo con sus términos, aun cuando se hubieran pagado las primas de la póliza;

- **(11)** Cualquier asegurador o agente del mismo que se convierta en parte en requerir o imponer como condición para la venta de bienes muebles o inmuebles o para el financiamiento de bienes muebles o inmuebles, como condición para la concesión o extensión de un préstamo que se vaya a garantizar con el título o un gravamen de cualquier tipo sobre bienes muebles o inmuebles, o como condición para la realización de cualquier otro acto en conexión con la venta, financiamiento o préstamo, ya sea que la persona actúe por sí misma o por cualquier otra persona, que el seguro o cualquier renovación del mismo que se emita sobre dicha propiedad como garantía de dicha venta o préstamo se suscriba a través de cualquier compañía de

seguros o agente en particular, siempre que este párrafo no se aplique a una póliza comprada por el vendedor, financista o prestamista con sus propios fondos y no cargada al comprador o prestatario en el precio de venta de la propiedad o el monto del préstamo o que se requiera pagar con sus fondos personales; siempre que dicho vendedor, financista o prestamista pueda desaprobar, por razones que afecten la solvencia u otras razones razonables y suficientes, la compañía de seguros seleccionada por el comprador o prestatario. Este párrafo no se aplicará al seguro de título;

- **(12)**
  - **(A)** Declarar que cualquier asegurador o agente está empleado o asociado de alguna otra manera con cualquier programa de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código o la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos o que cualquier póliza de seguro vendida u ofrecida para la venta ha sido respaldada o patrocinada por el gobierno federal o estatal.
  - **(B)** Vender u ofrecer vender a sabiendas una cobertura de seguro complementario de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código que no cumpla con las disposiciones del Capítulo 43 de este título, relacionadas con el seguro complementario de Medicare, o las normas y reglamentos promulgados por el Comisionado de conformidad con el Capítulo 43 de este título.
  - **(C)** Representar que cualquier póliza individual es una póliza grupal o que la aseguradora, el agente o la póliza están respaldados, patrocinados por o asociados con cualquier grupo, asociación u otra organización, a menos que tal sea, de hecho, el caso.
  - **(D)** Vender a sabiendas a beneficiarios de Medicaid una cobertura sustancialmente innecesaria que duplica los beneficios proporcionados bajo el programa de Medicaid sin revelar al posible comprador que puede no ser en su beneficio o que en realidad podría ser en su detrimento comprar la cobertura adicional;
- **(13)**
  - **(A)** La publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de vida individual o grupal en la que el cálculo del beneficio por muerte sea de naturaleza tan técnica que dicho beneficio por muerte no pueda razonablemente presentarse adecuadamente en el anuncio y ser comprendido por un miembro del público asegurado. Las pólizas, que no sean pólizas de vida variable u otras pólizas sensibles a los intereses, que prevén cambios múltiples en los beneficios por muerte, combinaciones de seguro a término creciente y decreciente no uniforme, o beneficios de seguro de vida crecientes iguales o ligeramente mayores que las primas pagadas durante los primeros años de la cobertura combinadas con beneficios por muerte accidental son tipos de contratos dentro del ámbito de este subpárrafo. Además, cualquier póliza de seguro de vida que no pueda divulgarse de manera veraz, completa, clara y precisa en un anuncio cae dentro del alcance de este subpárrafo.
  - **(B)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro

de accidentes y enfermedades o de vida individual o grupal que sea engañosa de hecho o por implicación en el sentido de que la cobertura es de "emisión garantizada" cuando existen condiciones que deben cumplir las personas que se van a asegurar, tales como preguntas médicas limitadas u otras pautas de suscripción de la aseguradora.

- **(C)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo publicidad por radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de accidentes y enfermedades o de vida, individual o grupal, cuando dicha publicidad no haya sido aprobada para su uso en este estado por el Comisionado;

- **(14)** No revelar en el material publicitario impreso que los beneficios médicos se calculan sobre la base de cargos usuales, habituales y razonables;

- **(14.1)** Participar en prácticas de seguros deshonestas, injustas o engañosas en la comercialización o venta de seguros a miembros del servicio de las fuerzas armadas de los Estados Unidos y, no obstante cualquier otra disposición de este título, el Comisionado puede promulgar las reglas y reglamentos que sean necesarios para definir prácticas de comercialización y venta militares deshonestas, injustas o engañosas;

- **(14.2)** No enviar todos los datos de reclamaciones a la base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Georgia como lo requiere el Artículo 3 del Capítulo 53 del Título 31;

- **(14.3)**

  - **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo:

  - **(i)** "Servicios de cuidado ocular cubiertos" significa aquellos servicios de atención médica y materiales relacionados con el cuidado del ojo y las estructuras relacionadas y los servicios de cuidado de la visión que una aseguradora de atención médica está obligada a pagar o proporcionar a las personas cubiertas bajo un plan de beneficios de cuidado ocular, que incluye servicios para los cuales el reembolso está disponible bajo dicho plan, o para los cuales el reembolso estaría disponible si no fuera por la aplicación de limitaciones contractuales tales como deducibles, copagos, coaseguros, períodos de espera, máximos anuales o de por vida, limitaciones de frecuencia, pagos de beneficios alternativos o cualquier otra limitación.

  - **(ii)** "Persona cubierta" significa cualquier suscriptor, afiliado, miembro, beneficiario o participante, o su dependiente, por quien se pagan beneficios cuando dicha persona recibe servicios de cuidado ocular prestados o autorizados por un oftalmólogo con licencia bajo el Capítulo 34 del Título 43 o un optometrista con licencia bajo el Capítulo 30 del Título 43.

  - **(iii)** "Plan de beneficios para el cuidado de los ojos" significa cualquier plan individual o grupal, contrato de póliza o acuerdo de suscripción que incluya o sea para servicios de cuidado de los ojos que se emita, entregue, emita para entrega o renueve en este estado, ya sea por una aseguradora de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud, una organización de proveedores preferidos, una aseguradora de accidentes y enfermedades, una sociedad de beneficios fraternales, una corporación de servicios hospitalarios sin fines de lucro, una

corporación de servicios médicos o de cuidado de los ojos sin fines de lucro, un plan de atención médica o cualquier otra persona, firma, corporación, empresa conjunta u otra entidad comercial similar que pague, compre o proporcione servicios de cuidado de los ojos a pacientes, asegurados, beneficiarios o dependientes cubiertos en este estado.

- **(iv)** "Aseguradora de atención médica" o "aseguradora" significa una entidad, incluyendo, entre otras, compañías de seguros, corporaciones de atención médica, organizaciones de mantenimiento de la salud y organizaciones de proveedores preferidos, autorizadas por el estado para ofrecer o proporcionar planes de beneficios de salud, planes de beneficios de atención oftalmológica, programas, políticas, contratos de suscriptores o cualquier otro acuerdo de naturaleza similar que compense o indemnice a los proveedores de atención médica por brindar atención oftalmológica cubierta u otros servicios de atención médica.

- **(B)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista acepte como pago una cantidad establecida por dicha aseguradora por servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos bajo el plan de beneficios de cuidado ocular de la persona cubierta como condición para unirse o participar en su red de proveedores.

- **(C)** Ninguna aseguradora redactará, publicará, difundirá ni hará circular ninguna explicación de los formularios de beneficios que incluyan lenguaje que, directa o indirectamente, establezca o implique que un oftalmólogo u optometrista debe extender descuentos a los pacientes por servicios de cuidado ocular no cubiertos.

- **(D)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista dentro de su red de proveedores extienda descuentos en servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos.

- **(E)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista extienda descuentos en servicios que no sean servicios de atención ocular cubiertos para recibir pagos mayores, mejores reembolsos, tratamiento preferencial o cualquier otro beneficio; o

- **(15)**

- **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo, el término:

- **(i)** "Información confidencial sobre abuso" significa información sobre actos de violencia familiar o agresión sexual, el estado de una víctima de violencia familiar o agresión sexual, la condición médica de un individuo que la aseguradora sabe o tiene motivos para saber que está relacionada con la violencia familiar o la agresión sexual, o las direcciones del hogar y del trabajo y los números de teléfono de una persona víctima de violencia familiar o agresión sexual.

- **(ii)** "Violencia familiar" significa violencia familiar según se define en las Secciones 19-13-1 y 19-13-20 del Código y según lo limitado por la Sección 19-13-1 del Código.

- **(iii)** "Agresión sexual" significa violación, sodomía, sodomía agravada, agresión sexual y agresión sexual agravada según se definen esos términos en el Capítulo 6 del Título 16.

- **(B)** Ninguna persona negará o rehusará aceptar una solicitud; negarse a asegurar; negarse a renovar; negarse a reemitir; cancelar, restringir o de otra manera terminar; cobrar una tarifa diferente por la misma cobertura; agregar un diferencial de prima; o excluir o limitar la cobertura por pérdidas o negar un reclamo incurrido por un asegurado sobre la base de que el solicitante o asegurado es o ha sido víctima de violencia familiar o agresión sexual o que dicha persona sabe o tiene motivos para saber que el solicitante o asegurado puede ser víctima de violencia familiar o agresión sexual; ni ninguna persona tomará o dejará de tomar ninguna de las acciones antes mencionadas sobre la base de que un solicitante o asegurado brinda refugio, asesoramiento o protección a víctimas de violencia familiar o agresión sexual.

- **(C)** Ninguna persona solicitará, directa o indirectamente, ninguna información que sepa o deba saber razonablemente que se relaciona con actos de violencia familiar o agresión sexual o con el estado de un solicitante o asegurado como víctima de violencia familiar o agresión sexual, ni hará uso de dicha información, independientemente de cómo se haya obtenido, excepto con el propósito limitado de cumplir con obligaciones legales, verificar la afirmación de una persona de ser víctima de violencia familiar o agresión sexual, cooperar con una víctima de violencia familiar o agresión sexual en la búsqueda de protección contra la violencia familiar o agresión sexual, o facilitar el tratamiento de una condición médica relacionada con la violencia familiar o agresión sexual. Cuando una persona tiene información en su poder que indica claramente que el asegurado o solicitante es víctima de violencia familiar o agresión sexual, la divulgación o transferencia de la información por parte de una persona a cualquier persona, entidad o individuo es una violación de esta sección del Código, excepto:

- **(i)** Al sujeto de violencia familiar o agresión sexual o a una persona específicamente designada por escrito por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;

- **(ii)** A un proveedor de atención médica para la prestación directa de servicios de atención médica;

- **(iii)** A un médico autorizado identificado y designado por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;

- **(iv)** Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal de jurisdicción competente o lo requiera la ley;

- **(v)** Cuando sea necesario para un propósito comercial válido transferir información que incluya información confidencial sobre abusos que no pueda separarse razonablemente sin causar dificultades indebidas. La información confidencial sobre abusos puede divulgarse de conformidad con esta división únicamente a las siguientes personas o entidades, todas las cuales estarán sujetas a este subpárrafo:

- **(I)** Un reasegurador que busca indemnizar o indemnizar la totalidad o parte de una póliza que cubre un tema de violencia familiar o agresión sexual y que no puede suscribir o satisfacer sus obligaciones bajo el contrato de reaseguro sin esa divulgación;

- **(II)** Una parte de una venta, transferencia, fusión o consolidación propuesta o consumada de todo o parte del negocio de la persona;
- **(III)** Personal médico o de reclamaciones contratado por la persona, únicamente cuando sea necesario para procesar una solicitud o realizar los deberes de la persona conforme a la póliza o para proteger la seguridad o privacidad de un sujeto de violencia familiar o agresión sexual; o
- **(IV)** Con respecto a la dirección y el número de teléfono, a las entidades con las que la persona realiza negocios cuando el negocio no puede realizarse sin la dirección y el número de teléfono;
- **(vi)** A un abogado que necesite la información para representar a la persona de manera efectiva, siempre que la persona notifique al abogado sobre sus obligaciones bajo este párrafo y solicite que el abogado ejerza la debida diligencia para proteger la información confidencial sobre abuso en consonancia con la obligación del abogado de representar a la persona;
- **(vii)** Al titular de la póliza o al cesionario, en el curso de la entrega de la póliza, si la póliza contiene información sobre el estado de violencia familiar o agresión sexual; o
- **(viii)** A cualquier otra entidad que el Comisionado considere apropiada.
- **(D)** Es injustamente discriminatorio terminar la cobertura grupal para un sujeto de violencia familiar porque la cobertura se emitió originalmente a nombre del perpetrador de la violencia familiar y el perpetrador se ha divorciado, separado o perdido la custodia del sujeto de violencia familiar, o la cobertura del perpetrador ha terminado voluntaria o involuntariamente. Si la terminación es resultado de un acto u omisión del perpetrador, el sujeto de violencia familiar será considerado un individuo elegible calificado bajo la Sección 33-24-21.1 del Código y puede obtener la continuación y conversión de dichas coberturas a pesar del acto u omisión del perpetrador. Una persona puede solicitar y recibir información confidencial sobre abuso para implementar la continuación y conversión de las coberturas bajo este subpárrafo.
- **(E)** El inciso (C) de este párrafo no impedirá que una persona que haya sido víctima de violencia familiar o agresión sexual obtenga sus registros de seguro. El inciso (C) de este párrafo no prohibirá que una persona pregunte sobre una condición médica o un historial de reclamos o que utilice información médica o un historial de reclamos para suscribir o llevar a cabo sus obligaciones en virtud de la póliza en la medida en que lo permita este párrafo y otras leyes aplicables.
- **(F)** Ninguna persona deberá tomar medidas que afecten negativamente a un solicitante o asegurado sobre la base de una condición médica, un reclamo u otra información de suscripción que la persona sepa o tenga motivos para saber que está relacionada con violencia familiar o agresión sexual y que:
- **(i)** Tiene el propósito o efecto de tratar la condición de violencia familiar o agresión sexual como una condición médica o criterio de suscripción;

- **(ii)** Se basa en la correlación entre una condición médica y violencia familiar o agresión sexual;
- **(iii)** No esté permitido por ley de otra manera y no se aplique de la misma manera y en la misma medida a todos los solicitantes y asegurados en situaciones similares, independientemente de si la condición o el reclamo está relacionado con violencia familiar o agresión sexual; o
- **(iv)** Salvo en el caso de acciones de reclamación, no se basa en una determinación, realizada de conformidad con principios y pautas actuariales y de suscripción sólidos generalmente aplicados en la industria de seguros y respaldada por evidencia estadística razonable, de que existe una correlación entre las circunstancias del solicitante o del asegurado y un aumento material del riesgo del seguro.
- **(G)** Ninguna persona dejará de pagar las pérdidas que surjan de violencia familiar o agresión sexual contra un reclamante inocente de primera parte hasta el alcance del interés legal de dicho reclamante en la propiedad cubierta, si la pérdida es causada por el acto intencional de un asegurado contra quien se presenta una denuncia por violencia familiar o agresión sexual por el acto que causa esta pérdida.
- **(H)** Ninguna persona utilizará otras exclusiones o limitaciones de cobertura que el Comisionado haya determinado a través del proceso de presentación y aprobación de la póliza para restringir irrazonablemente la capacidad de las víctimas de violencia familiar o agresión sexual de ser indemnizadas por dichas pérdidas.
- **(I)** Cualquier persona que emita, entregue o renueve una póliza de seguro en este estado en cualquier momento deberá incluir junto con dicha póliza o certificado de renovación un aviso adjunto que contenga el siguiente texto:

"AVISO

Las leyes del Estado de Georgia prohíben a las aseguradoras discriminar injustamente a cualquier persona en función de su condición de víctima de violencia familiar.

- **(c)** Cualquier persona que viole esta sección del Código al hacer declaraciones falsas e ilegales sobre la póliza vendida será culpable de un delito menor.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 234, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2023, aplicable a todas las pólizas o contratos emitidos, entregados, emitidos para entrega o renovados en este estado a partir del 1 de julio de 2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 782, § 33, en vigencia a partir del 2 de mayo de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2021 248, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 580, § 2, en vigencia a partir del 8/5/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 273, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-34, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2016 444, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2016.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2007 254, § 1, en vigencia a partir del 24/5/2007.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 584, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 453, § 33, en vigencia a partir del 14/4/2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 2, § 33, en vigor desde el 12/2/2001.

Consulte las Leyes de Georgia de 2021, artículo 248, § 3.

CÓDIGO DE GEORGIA 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-6-1 — 33-6-14) Sección 33-6-5 - Otros métodos de competencia desleal y actos o prácticas desleales y engañosas

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-5 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

Además de la Sección 33-6-4 del Código, las violaciones de las siguientes disposiciones también se definen como métodos desleales de competencia y actos o prácticas desleales y engañosos en el negocio de seguros:

- **(1)** Ninguna compañía de seguros emitirá ni hará que se emita ninguna póliza de seguro de ningún tipo o descripción sobre vida o propiedad, real o personal, cuando dicha póliza de seguro se vaya a proporcionar o entregar al comprador o depositario de cualquier propiedad, real o personal, como incentivo para comprar o dar en depósito dicha propiedad, real o personal; y ninguna otra persona anunciará, ofrecerá o dará seguro gratuito o seguro sin costo o por menos de la tarifa aprobada o habitual en relación con la venta o depósito de propiedad real o personal, excepto según lo dispuesto en el Capítulo 27 de este título;

- **(2)** Ninguna persona que no sea un asegurador asumirá o utilizará ningún nombre que implique o sugiera engañosamente que es un asegurador;

- **(3)** Cuando la prima o el cargo por el seguro de bienes muebles o inmuebles o mercancías esté incluido en el precio total de compra o en el financiamiento de la

compra de mercancías o bienes, el vendedor o prestamista deberá indicar e identificar por separado el monto cobrado y a pagar por el seguro y las clasificaciones, si las hubiera, en las que se basa; y la inclusión o exclusión del costo del seguro en dicho precio de compra o financiamiento no aumentará, reducirá ni afectará de otro modo ningún otro factor involucrado en el costo de la mercancía o propiedad o el financiamiento en lo que respecta al comprador o prestatario. No se prohibirá a un vendedor o prestamista cobrar al comprador o prestatario un cargo financiero permitido por la ley sobre cualquier prima o cargo por seguro incluido en el costo de la mercancía o propiedad o el financiamiento. Este párrafo no se aplicará al seguro de vida a crédito o al seguro de accidentes y enfermedades a crédito que cumpla con la Sección 33-31-7 del Código;

- **(4)**
  - **(A)** Ningún asegurador hará, ofrecerá hacer o permitirá ninguna preferencia o distinción en seguros de propiedad, marítimos, de accidentes o de garantía en cuanto a forma de póliza, certificado, prima, tasa o condiciones de seguro en base a la membresía, no membresía o empleo de cualquier persona o personas por o en cualquier grupo, asociación, corporación u organización en particular, haciendo que la preferencia o distinción anterior esté disponible en cualquier caso en base a cualquier agrupación ficticia de personas.
  - **(B)** Según se utiliza en este párrafo, el término "agrupación ficticia" significa cualquier agrupación por vía de membresía, no membresía, licencia, franquicia, contrato de empleo, acuerdo o cualquier otro método o medio que resulte en una discriminación injusta.
  - **(C)** Las restricciones y limitaciones de este párrafo no se extenderán a los seguros de vida o de accidentes y enfermedades; ni se aplicarán a ningún grupo asociativo de buena fe que esté compuesto por miembros que se dediquen a un oficio, negocio o profesión común y que haya tenido un seguro colectivo del mismo tipo en existencia continua durante al menos cinco años;
- **(5)** Ningún asegurador o su agente hipotecará, venderá o dispondrá de un pagaré recibido en pago de cualquier parte de una prima de una póliza de seguro solicitada antes de la aceptación del riesgo por parte del asegurador;
- **(6)**
  - **(A)** Ninguna persona cobrará a sabiendas ninguna suma como prima o cargo por un seguro que no se proporcione en ese momento o que no se proporcione a su debido tiempo, sujeto a la aceptación del riesgo por parte del asegurador mediante una póliza de seguro emitida por un asegurador según lo permite este título.
  - **(B)** Ninguna persona cobrará a sabiendas como prima o cargo por un seguro una suma superior o inferior a la prima o cargo aplicable a dicho seguro, suma que se especifique en la póliza de acuerdo con las clasificaciones y tarifas aplicables presentadas ante el Comisionado y aprobadas por éste. En los casos en que no se requiera que las clasificaciones, primas o tarifas se presenten y aprueben de conformidad con este título:

- **(i)** Las primas y cargos por seguros, excepto los seguros suscritos de conformidad con el Capítulo 5 de este título, no serán superiores ni inferiores a los especificados en la póliza y fijados por el asegurador; y
- **(ii)** Las primas y cargos por seguros suscritos de conformidad con el Capítulo 5 de este título no podrán ser superiores ni inferiores a los especificados en la póliza.

Este subpárrafo no se considerará como una prohibición a los corredores de excedentes de líneas autorizados bajo el Capítulo 5 de este título de cobrar y recaudar el monto de los impuestos estatales y federales aplicables además de la prima requerida por la aseguradora; ni se considerará como una prohibición a una aseguradora de vida o de accidentes y enfermedades de cobrar y recaudar montos que realmente se gastarán en el examen médico de un solicitante de seguro de vida o de accidentes y enfermedades o para la reinstalación de una póliza de seguro de vida o de accidentes y enfermedades.

- **(C)** No obstante lo dispuesto en este párrafo o en cualquier otra ley que limite o regule las tasas de interés u otros cargos, cualquier agente o agencia de seguros, según se define en la Sección 33-23-1 del Código, estará autorizado, pero no obligado, a cobrar, recibir y cobrar sobre cualquier cuenta de prima impaga con un saldo adeudado durante 30 días o más, un cargo por servicio que no excederá de 15¢ por cada $10.00 por mes calculado sobre todos los montos impagos de la prima de mes a mes, que no necesariamente deben ser un mes calendario u otro período regular; siempre que, sin embargo, si el monto del cargo por servicio así calculado es menor a $1.00 por mes, se podrá cobrar, recibir y cobrar un cargo por servicio de $1.00 por mes. Nada de lo contenido en este subpárrafo se interpretará como que impide a un agente, agencia o corredor cancelar una póliza de acuerdo con las leyes de este estado;

- **(7)**

- **(A)** Cualquier asegurador puede retener, invertir en o adquirir la totalidad o cualquier parte del capital social de cualquier otro asegurador o aseguradores o tener una administración común con cualquier otro asegurador o aseguradores, a menos que dicha retención, inversión, adquisición o administración común sea incompatible con cualquier otra disposición de este título o a menos que, por razón de ello, el negocio de dichos aseguradores con el público se lleve a cabo de una manera que reduzca sustancialmente la competencia en general en el negocio de seguros o tienda a crear un monopolio en el mismo.

- **(B)** Cualquier persona de otra manera calificada puede ser director de dos o más aseguradoras que sean competidoras, a menos que el efecto de ello sea disminuir sustancialmente la competencia entre las aseguradoras en general o tienda materialmente a crear un monopolio;

- **(8)** Ninguna compañía de seguros cancelará, modificará la cobertura, se negará a emitir o se negará a renovar ninguna póliza de seguro de propiedad o de accidentes únicamente porque el solicitante o el asegurado o cualquier empleado de cualquiera de ellos esté mental o físicamente impedido, siempre que este párrafo no se aplique a las

pólizas de seguro de accidentes y enfermedades vendidas por una aseguradora de accidentes; siempre que este párrafo no se interprete para modificar ninguna otra disposición de este título relacionada con la cancelación, modificación, emisión o renovación de cualquier póliza o contrato de seguro;

- **(8.1)** Ninguna compañía de seguros cancelará, modificará la cobertura, se negará a emitir o se negará a renovar ninguna póliza de seguro de vida únicamente porque el solicitante o asegurado, actuando como donante vivo de órganos, donó todo o parte de un hígado, páncreas, riñón, intestino, pulmón o médula ósea, siempre que este párrafo no se interprete para modificar cualquier otra disposición de este título relacionada con la cancelación, modificación, emisión o renovación de cualquier póliza o contrato de seguro;

- **(9)** Ninguna compañía de seguros, al vender vehículos de motor de salvamento, partes principales o piezas, venderá directamente a un distribuidor de partes de vehículos de motor usados, desmantelador de vehículos de motor, reconstructor de vehículos de motor, distribuidor de fondo de salvamento o distribuidor de salvamento que no tenga licencia bajo el Capítulo 47 del Título 43; siempre que, sin embargo, este párrafo no impida que una compañía de seguros venda vehículos de motor de salvamento, partes principales o piezas a cualquier persona, firma o corporación cuando la venta se realice a través de un distribuidor de partes de vehículos de motor usados, desmantelador de vehículos de motor, reconstructor de vehículos de motor, distribuidor de fondo de salvamento o distribuidor de salvamento que tenga licencia bajo el Capítulo 47 del Título 43;

- **(10)** Ningún asegurador podrá negarse a asegurar a un individuo, negarse a continuar asegurándolo, limitar la cantidad, extensión o tipo de cobertura disponible para un individuo, o cobrarle a un individuo una tarifa diferente por la cobertura únicamente porque el individuo es ciego o parcialmente ciego;

- **(11)** Cada aseguradora que adquiera un vehículo motorizado de salvamento, según se define en la Sección 40-3-2 del Código, deberá, dentro de los 30 días de la adquisición, solicitar un certificado de título de salvamento, y ninguna aseguradora venderá, transferirá o transmitirá dicho vehículo motorizado de salvamento sin primero solicitar y obtener un certificado de título de salvamento;

- **(12)**

  - **(A)** Ninguna aseguradora cancelará, no renovará o de otro modo terminará la totalidad o sustancialmente la totalidad de una línea o clase de negocio con el propósito de retirarse del mercado en este estado a menos que:

    - **(i)** La aseguradora ha notificado por escrito al Comisionado sobre la acción, incluyendo las razones de dicha acción, al menos un año antes de la finalización del retiro, siempre que este párrafo no se interprete como que impide a dicha aseguradora cancelar, no renovar o dar por terminadas las pólizas cuando la aseguradora, por contrato, estatuto o de otro modo, tenga el derecho de hacerlo; o

    - **(ii)** La aseguradora ha presentado un plan de acción para el cese ordenado de sus negocios en un plazo menor a un año y dicho plan de acción ha sido aprobado por el Comisionado.

- **(B)** Como mínimo, a fin de prever una terminación y un retiro ordenados, una aseguradora deberá proporcionar un aviso general a cada asegurado al menos 90 días antes de la terminación de cualquier póliza, seguido de un aviso posterior que cumpla con los requisitos de aviso reglamentarios aplicables para cancelar, no renovar o terminar el seguro bajo este título.

- **(C)** Las tarifas, reglas y formularios de una aseguradora presentados de conformidad con las Secciones 33-9-21 y 33-24-9 del Código se considerarán ya no archivados para su uso con cualquier negocio nuevo en el mercado afectado por el plan de retiro de la aseguradora a partir de que dicho plan entre en vigencia;

- **(12.1)** Ninguna aseguradora o entidad de atención administrada sujeta a licencia por parte del Comisionado violará ninguna disposición del Capítulo 20A de este título;

- **(13)**

- **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo, el término:

- **(i)** "Pieza de repuesto para reparación de vehículos" significa un reemplazo de cualquiera de las piezas no mecánicas de chapa metálica o plástico que generalmente constituyen el exterior de un vehículo motorizado, incluidos los paneles interiores y exteriores.

- **(ii)** "Asegurador" incluye una compañía de seguros y cualquier persona autorizada para representar al asegurador con respecto a un reclamo y que actúa dentro del alcance de la autoridad de la persona.

- **(iii)** "Pieza de repuesto para choques del mercado de accesorios fabricada con equipo no original" significa una pieza de repuesto para choques fabricada por cualquier fabricante que no sea el fabricante original del vehículo o su proveedor.

- **(iv)** "Instalación de reparación" significa un concesionario de vehículos de motor, un garaje, un taller de carrocería u otra entidad comercial que se encarga de la reparación o el reemplazo de aquellas partes que generalmente constituyen el exterior de un vehículo de motor.

- **(B)** Toda pieza de repuesto para choques fabricada o suministrada para su uso en este estado a partir del 1 de enero de 1990 deberá tener adherido o inscrito el logotipo, número de identificación o nombre de su fabricante. El logotipo, número de identificación o nombre de dicho fabricante deberá ser visible después de la instalación siempre que sea posible.

- **(C)** En todos los casos en que se utilicen piezas de repuesto para accidentes que no sean de un fabricante original para preparar un presupuesto de reparaciones, el presupuesto escrito preparado por el perito de seguros y el taller de reparación deberá identificar claramente cada una de esas piezas. Un documento de divulgación adjunto al presupuesto deberá contener la siguiente información en un tipo de letra de tamaño no menor a diez puntos:

"ESTE PRESUPUESTO SE HA PREPARADO EN BASE AL USO DE PIEZAS DE REPUESTO PARA CHOQUES SUMINISTRADAS POR UNA FUENTE DISTINTA DEL FABRICANTE DE SU VEHÍCULO DE MOTOR. LAS PIEZAS DE REPUESTO PARA

CHOQUES UTILIZADAS EN LA PREPARACIÓN DE ESTE PRESUPUESTO ESTÁN GARANTIZADAS POR EL FABRICANTE O DISTRIBUIDOR DE DICHAS PIEZAS, EN LUGAR DEL FABRICANTE DE SU VEHÍCULO."; y

- **(14)** A partir del 1 de julio de 1992, ninguna aseguradora, según se define en la Sección 33-1-2 del Código, emitirá, hará que se emita, renovará ni proporcionará cobertura bajo ninguna póliza o plan de seguro médico importante que contenga un deducible por año calendario o un deducible por período de beneficios de un plan similar que no prevea una transferencia de la aplicación de dicho deducible según lo dispuesto en este párrafo. Si la totalidad o cualquier parte del deducible en efectivo de un asegurado o miembro por un año calendario o período de beneficios de un plan similar se aplica contra los gastos cubiertos incurridos por el asegurado o miembro durante los últimos tres meses del período de acumulación del deducible, el deducible en efectivo del asegurado o miembro para el año calendario siguiente o período de beneficios de un plan similar se reducirá por el monto así aplicado. Las disposiciones de este párrafo se aplicarán a las pólizas o planes de seguro médico importantes que tengan un período de plan de beneficios de menos de 24 meses, excepto las pólizas o planes diseñados y emitidos para ser compatibles con una cuenta de ahorros para la salud como se establece en la Sección 223 del Título 26 del Código de los Estados Unidos o una cuenta de gastos como se define en el Capítulo 30B de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 740, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2022, aplicable a los años fiscales que comiencen a partir del 1 de julio de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-35, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 82, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Código de Georgia § 33-6-4

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-6-1 — 33-6-14) Sección 33-6-4 - Enumeración de métodos de competencia desleal y actos o prácticas desleales o engañosos; sanción

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-4 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

- **(a)** Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:

- **(1)** "Certificado de regalo" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.

- **(2)** “Póliza” significa cualquier fianza de seguro emitida por una aseguradora.

- **(3)** "Tarjeta de regalo de la tienda" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.

- **(b)** Se consideran métodos desleales de competencia y actos o prácticas desleales y engañosos en el negocio de seguros los siguientes actos o prácticas:

- **(1)** Hacer, publicar, diseminar, circular o colocar ante el público o causar que directa o indirectamente se haga, publique, disemine, circule o coloque ante el público en un periódico, revista u otra publicación o en forma de aviso, circular, folleto, carta o cartel, o en cualquier estación de radio o de cualquier otra manera un anuncio, anuncio o declaración que contenga cualquier afirmación, representación o declaración con respecto al negocio de seguros o con respecto a cualquier persona en la conducción de su negocio de seguros, cuya declaración, afirmación o representación sea falsa, engañosa o confusa;

- **(2)** Hacer, emitir, circular o hacer que se haga, emita o circule cualquier estimación, ilustración, circular o declaración que tergiverse los términos de cualquier póliza emitida o por emitirse, los beneficios o ventajas prometidos por la misma, o los dividendos o la parte del excedente que se recibirá por la misma; hacer cualquier declaración falsa o engañosa en cuanto a los dividendos o la parte del excedente pagados previamente en pólizas similares; hacer cualquier representación engañosa o cualquier tergiversación en cuanto a la condición financiera de cualquier asegurador, en cuanto al sistema de reserva legal sobre el cual opera cualquier asegurador de vida; usar cualquier nombre o título de cualquier póliza o clase de pólizas que tergiverse la verdadera naturaleza de las mismas; o hacer cualquier tergiversación a cualquier asegurado en cualquier compañía con el propósito de inducir o tender a inducir al asegurado a dejar de tener derecho a, perder o entregar su seguro. No se considerará tergiversación ni publicidad engañosa en el sentido de este párrafo una estimación de dividendos preparada en formularios de la compañía y que indique claramente, en un tipo de letra de tamaño igual al usado en las cifras que muestran los montos de los dividendos estimados, que los dividendos se basan en estimaciones hechas por la compañía con base en su experiencia pasada;

- **(3)** Hacer, publicar, difundir o circular, directa o indirectamente, o ayudar, instigar o alentar la realización, publicación, difusión o circulación de cualquier declaración oral o escrita o cualquier folleto, circular, artículo o literatura que sea falsa o maliciosamente crítica o tergiverse sustancialmente la condición financiera de una aseguradora y que esté calculada para perjudicar a cualquier persona que participe en el negocio de los seguros;

- **(4)** Celebrar cualquier acuerdo para cometer o, mediante cualquier acción concertada, cometer cualquier acto de boicot, coerción o intimidación que resulte o tienda a resultar en una restricción irrazonable o un monopolio en el negocio de los seguros;

- **(5)** Presentar ante cualquier funcionario supervisor u otro funcionario público o hacer, publicar, difundir, circular, entregar a cualquier persona o colocar ante el público o causar que, directa o indirectamente, se haga, publique, difunda, circule, entregue a cualquier persona o coloque ante el público cualquier declaración falsa sobre la condición financiera de una aseguradora con la intención de engañar;
- **(6)** Hacer cualquier entrada falsa en cualquier libro, informe o declaración de cualquier aseguradora con la intención de engañar a cualquier agente o examinador legalmente designado para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o a cualquier funcionario público a quien dicha aseguradora esté obligada por ley a informar o que tenga autoridad por ley para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o, con la misma intención, omitir deliberadamente hacer una entrada verdadera de cualquier hecho material perteneciente al negocio de dicha aseguradora en cualquier libro, informe o declaración de la aseguradora;
- **(7)** Emitir o entregar o permitir que agentes, funcionarios o empleados emitan o entreguen acciones de agencias o compañías u otras acciones de capital, certificados de beneficios o acciones en cualquier corporación de derecho consuetudinario, valores o cualquier contrato especial o de junta asesora de cualquier tipo que prometa retornos y ganancias como incentivo para el seguro;
- **(8)**
  - **(A)**
  - **(i)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase, mismo monto de póliza e igual expectativa de vida en las tarifas cobradas por cualquier contrato de seguro de vida o de renta vitalicia, en los dividendos u otros beneficios pagaderos sobre el mismo, o en cualquiera de los otros términos y condiciones del contrato.
  - **(ii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase y de esencialmente el mismo riesgo en el monto de la prima, los honorarios de la póliza o las tarifas cobradas por cualquier póliza o contrato de seguro de accidentes o enfermedad, en los beneficios pagaderos en virtud de la misma, en cualquiera de los términos o condiciones del contrato o en cualquier otra manera.
  - **(iii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta en la emisión, renovación o cancelación de cualquier póliza o contrato de seguro contra pérdida directa de propiedad residencial y su contenido, en el monto de la prima, tarifas de la póliza o tarifas cobradas por las pólizas o contratos cuando la discriminación se basa únicamente en la antigüedad o ubicación geográfica de la propiedad dentro de un distrito clasificado como resistente al fuego sin tener en cuenta la experiencia de pérdida objetiva relacionada con ella.
  - **(iv)**
  - **(I)** La discriminación injusta prohibida por las disposiciones de este subpárrafo incluye la discriminación basada en la raza, el color y el origen nacional o étnico. Además, en relación con cualquier tipo de seguro, será un acto o práctica injusta y engañosa negarse a asegurar o negarse a continuar

asegurando a una persona; limitar la cantidad, el alcance o el tipo de cobertura disponible para una persona; o cobrar a una persona una tarifa diferente por la misma cobertura debido a la raza, el color o el origen nacional o étnico de esa persona. Las prohibiciones de esta división se suman y complementan todas y cada una de las demás disposiciones de la ley de Georgia que prohíben dicha discriminación que se hayan promulgado anteriormente y existan actualmente, o que puedan promulgarse posteriormente, y no serán una limitación a dichas otras disposiciones de la ley.

- **(II)** La infracción de esta división dará lugar a una causa de acción civil por daños y perjuicios resultantes de dicha infracción, incluidos, entre otros, todos los daños y perjuicios recuperables por incumplimiento de los contratos de seguro conforme a la ley de Georgia, incluidos los daños y perjuicios por mala fe y los honorarios de los abogados y los costos del litigio. La infracción de esta división también dará lugar a la concesión de daños punitivos o ejemplares por un monto que determine el juez de los hechos si se determina que dicha infracción fue intencional. Los recursos previstos en esta división se suman a todos los demás recursos que pueda proporcionar la ley en la actualidad o en el futuro y son acumulativos de ellos.

- **(B)** Permitir u ofrecer a sabiendas hacer o hacer cualquier contrato de seguro o acuerdo en cuanto al contrato que no sea el claramente expresado en el contrato emitido al respecto; pagar, permitir, dar u ofrecer pagar, permitir o dar directa o indirectamente, como incentivo para cualquier contrato de seguro, cualquier descuento de primas pagaderas sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otros beneficios sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso que sea no especificado en el contrato, excepto de conformidad con una presentación de tarifas, un plan de calificación o un sistema de calificación aplicable presentado ante el Comisionado y aprobado por éste; dar, vender, comprar u ofrecer dar, vender o comprar como incentivo para dicho seguro o en conexión con el mismo cualquier acción, bono u otros valores de cualquier compañía, cualquier dividendo o ganancia devengada sobre el mismo, o cualquier cosa de valor que sea no especificada en el contrato; o recibir o aceptar como incentivo para contratos de seguro cualquier descuento de la prima pagadera sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otro beneficio que se devengue sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso no especificado en el contrato.

- **(C)** Nada de lo dispuesto en los subpárrafos (A) y (B) de este párrafo se interpretará como que incluye dentro de la definición de discriminación o descuentos cualquiera de las siguientes prácticas:

- **(i)** En el caso de cualquier contrato de seguro de vida o renta vitalicia, pagar bonificaciones a los asegurados o, de otro modo, reducir sus primas total o parcialmente con el excedente acumulado de seguros no participantes, siempre que las bonificaciones o reducciones de primas sean justas y equitativas para los asegurados y para el mejor interés de la compañía y sus asegurados;

- **(ii)** En el caso de pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad emitidas con débito industrial o con prima semanal, hacer una provisión por un monto que represente de manera justa el ahorro en gastos de cobranza a los

asegurados que hayan efectuado pagos de primas directamente a una oficina de la aseguradora de manera continua y durante un período específico;

- **(iii)** Realizar un reajuste de la tasa de prima de una póliza en función de la pérdida o gasto experimentado al final del primer año de póliza o de cualquier año de póliza posterior, ajuste que podrá hacerse retroactivo sólo para el año de póliza;

- **(iv)** Emitir pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad que cubran a empleados de buena fe de la aseguradora a una tasa menor que la que se cobra a otras personas de la misma clase;

- **(v)** Emitir pólizas de vida o de accidentes y enfermedad mediante un plan de ahorro de salario, de deducción de nómina, preautorizado, posdatado, con cheque automático o con giro a una tasa reducida proporcional a los ahorros obtenidos mediante el uso de dicho plan;

- **(vi)** Pagar comisiones u otra compensación a agentes o corredores debidamente autorizados o permitir o devolver dividendos, ahorros o depósitos de primas no absorbidas a los asegurados, miembros o suscriptores participantes;

- **(vii)** El pago por parte de un agente de seguros de parte o la totalidad de las comisiones sobre seguros públicos a una asociación sin fines de lucro de agentes de seguros que esté afiliada a una asociación de agentes de seguros reconocida a nivel estatal o nacional, comisiones que se utilizarán total o parcialmente para una o más empresas cívicas;

- **(viii)** Pagar alimentos o refrigerios por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora para clientes actuales o potenciales durante presentaciones de ventas grupales y seminarios grupales, siempre que no se ofrezcan ni acepten solicitudes o contratos de seguros o anualidades en dichas presentaciones o seminarios;

- **(ix)** Pagar comidas de negocios y entretenimiento por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora, agente o corredor para clientes actuales o potenciales; o

- **(x)** Publicitar o realizar programas promocionales por parte de aseguradores o productores de seguros mediante los cuales se entreguen premios, bienes, artículos, tarjetas de regalo de tiendas, certificados de regalo, entradas para eventos deportivos o mercaderías, que no excedan de $100.00 en valor por cliente en total en cualquier año calendario, a clientes actuales o potenciales; siempre que, sin embargo, la entrega de cualquier artículo o artículos de valor bajo esta subsección no esté supeditada a la venta o renovación de una póliza;

- **(9)** No instruir y exigir debidamente que los agentes, en la solicitud de seguro y el llenado de solicitudes de seguro en nombre de los asegurados, incorporen en ellas todos los hechos materiales relevantes al riesgo que se suscribe, hechos que el agente conoce o podría haber conocido mediante la debida diligencia;

- **(10)** Alentar a los agentes a aceptar solicitudes que contengan tergiversaciones materiales u oculten información material que, de incluirse en la solicitud, impediría la emisión de la póliza o que anularía una póliza desde su inicio de acuerdo con sus términos, aun cuando se hubieran pagado las primas de la póliza;

- **(11)** Cualquier asegurador o agente del mismo que se convierta en parte en requerir o imponer como condición para la venta de bienes muebles o inmuebles o para el financiamiento de bienes muebles o inmuebles, como condición para la concesión o extensión de un préstamo que se vaya a garantizar con el título o un gravamen de cualquier tipo sobre bienes muebles o inmuebles, o como condición para la realización de cualquier otro acto en conexión con la venta, financiamiento o préstamo, ya sea que la persona actúe por sí misma o por cualquier otra persona, que el seguro o cualquier renovación del mismo que se emita sobre dicha propiedad como garantía de dicha venta o préstamo se suscriba a través de cualquier compañía de seguros o agente en particular, siempre que este párrafo no se aplique a una póliza comprada por el vendedor, financista o prestamista con sus propios fondos y no cargada al comprador o prestatario en el precio de venta de la propiedad o el monto del préstamo o que se requiera pagar con sus fondos personales; siempre que dicho vendedor, financista o prestamista pueda desaprobar, por razones que afecten la solvencia u otras razones razonables y suficientes, la compañía de seguros seleccionada por el comprador o prestatario. Este párrafo no se aplicará al seguro de título;

- **(12)**

  - **(A)** Declarar que cualquier asegurador o agente está empleado o asociado de alguna otra manera con cualquier programa de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código o la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos o que cualquier póliza de seguro vendida u ofrecida para la venta ha sido respaldada o patrocinada por el gobierno federal o estatal.

  - **(B)** Vender u ofrecer vender a sabiendas una cobertura de seguro complementario de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código que no cumpla con las disposiciones del Capítulo 43 de este título, relacionadas con el seguro complementario de Medicare, o las normas y reglamentos promulgados por el Comisionado de conformidad con el Capítulo 43 de este título.

  - **(C)** Representar que cualquier póliza individual es una póliza grupal o que la aseguradora, el agente o la póliza están respaldados, patrocinados por o asociados con cualquier grupo, asociación u otra organización, a menos que tal sea, de hecho, el caso.

  - **(D)** Vender a sabiendas a beneficiarios de Medicaid una cobertura sustancialmente innecesaria que duplica los beneficios proporcionados bajo el programa de Medicaid sin revelar al posible comprador que puede no ser en su beneficio o que en realidad podría ser en su detrimento comprar la cobertura adicional;

- **(13)**

  - **(A)** La publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro

de vida individual o grupal en la que el cálculo del beneficio por muerte sea de naturaleza tan técnica que dicho beneficio por muerte no pueda razonablemente presentarse adecuadamente en el anuncio y ser comprendido por un miembro del público asegurado. Las pólizas, que no sean pólizas de vida variable u otras pólizas sensibles a los intereses, que prevén cambios múltiples en los beneficios por muerte, combinaciones de seguro a término creciente y decreciente no uniforme, o beneficios de seguro de vida crecientes iguales o ligeramente mayores que las primas pagadas durante los primeros años de la cobertura combinadas con beneficios por muerte accidental son tipos de contratos dentro del ámbito de este subpárrafo. Además, cualquier póliza de seguro de vida que no pueda divulgarse de manera veraz, completa, clara y precisa en un anuncio cae dentro del alcance de este subpárrafo.

- **(B)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de accidentes y enfermedades o de vida individual o grupal que sea engañosa de hecho o por implicación en el sentido de que la cobertura es de "emisión garantizada" cuando existen condiciones que deben cumplir las personas que se van a asegurar, tales como preguntas médicas limitadas u otras pautas de suscripción de la aseguradora.

- **(C)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo publicidad por radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de accidentes y enfermedades o de vida, individual o grupal, cuando dicha publicidad no haya sido aprobada para su uso en este estado por el Comisionado;

- **(14)** No revelar en el material publicitario impreso que los beneficios médicos se calculan sobre la base de cargos usuales, habituales y razonables;

- **(14.1)** Participar en prácticas de seguros deshonestas, injustas o engañosas en la comercialización o venta de seguros a miembros del servicio de las fuerzas armadas de los Estados Unidos y, no obstante cualquier otra disposición de este título, el Comisionado puede promulgar las reglas y reglamentos que sean necesarios para definir prácticas de comercialización y venta militares deshonestas, injustas o engañosas;

- **(14.2)** No enviar todos los datos de reclamaciones a la base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Georgia como lo requiere el Artículo 3 del Capítulo 53 del Título 31;

- **(14.3)**

- **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo:

- **(i)** "Servicios de cuidado ocular cubiertos" significa aquellos servicios de atención médica y materiales relacionados con el cuidado del ojo y las estructuras relacionadas y los servicios de cuidado de la visión que una aseguradora de atención médica está obligada a pagar o proporcionar a las personas cubiertas bajo un plan de beneficios de cuidado ocular, que incluye servicios para los cuales el reembolso está disponible bajo dicho plan, o para los cuales el reembolso estaría disponible si no fuera por la aplicación de limitaciones contractuales tales como

deducibles, copagos, coaseguros, períodos de espera, máximos anuales o de por vida, limitaciones de frecuencia, pagos de beneficios alternativos o cualquier otra limitación.

- **(ii)** "Persona cubierta" significa cualquier suscriptor, afiliado, miembro, beneficiario o participante, o su dependiente, por quien se pagan beneficios cuando dicha persona recibe servicios de cuidado ocular prestados o autorizados por un oftalmólogo con licencia bajo el Capítulo 34 del Título 43 o un optometrista con licencia bajo el Capítulo 30 del Título 43.

- **(iii)** "Plan de beneficios para el cuidado de los ojos" significa cualquier plan individual o grupal, contrato de póliza o acuerdo de suscripción que incluya o sea para servicios de cuidado de los ojos que se emita, entregue, emita para entrega o renueve en este estado, ya sea por una aseguradora de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud, una organización de proveedores preferidos, una aseguradora de accidentes y enfermedades, una sociedad de beneficios fraternales, una corporación de servicios hospitalarios sin fines de lucro, una corporación de servicios médicos o de cuidado de los ojos sin fines de lucro, un plan de atención médica o cualquier otra persona, firma, corporación, empresa conjunta u otra entidad comercial similar que pague, compre o proporcione servicios de cuidado de los ojos a pacientes, asegurados, beneficiarios o dependientes cubiertos en este estado.

- **(iv)** "Aseguradora de atención médica" o "aseguradora" significa una entidad, incluyendo, entre otras, compañías de seguros, corporaciones de atención médica, organizaciones de mantenimiento de la salud y organizaciones de proveedores preferidos, autorizadas por el estado para ofrecer o proporcionar planes de beneficios de salud, planes de beneficios de atención oftalmológica, programas, políticas, contratos de suscriptores o cualquier otro acuerdo de naturaleza similar que compense o indemnice a los proveedores de atención médica por brindar atención oftalmológica cubierta u otros servicios de atención médica.

- **(B)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista acepte como pago una cantidad establecida por dicha aseguradora por servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos bajo el plan de beneficios de cuidado ocular de la persona cubierta como condición para unirse o participar en su red de proveedores.

- **(C)** Ninguna aseguradora redactará, publicará, difundirá ni hará circular ninguna explicación de los formularios de beneficios que incluyan lenguaje que, directa o indirectamente, establezca o implique que un oftalmólogo u optometrista debe extender descuentos a los pacientes por servicios de cuidado ocular no cubiertos.

- **(D)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista dentro de su red de proveedores extienda descuentos en servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos.

- **(E)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista extienda descuentos en servicios que no sean servicios de atención ocular cubiertos para recibir pagos mayores, mejores reembolsos, tratamiento preferencial o cualquier otro beneficio; o

- **(15)**

- **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo, el término:

- **(i)** "Información confidencial sobre abuso" significa información sobre actos de violencia familiar o agresión sexual, el estado de una víctima de violencia familiar o agresión sexual, la condición médica de un individuo que la aseguradora sabe o tiene motivos para saber que está relacionada con la violencia familiar o la agresión sexual, o las direcciones del hogar y del trabajo y los números de teléfono de una persona víctima de violencia familiar o agresión sexual.

- **(ii)** "Violencia familiar" significa violencia familiar según se define en las Secciones 19-13-1 y 19-13-20 del Código y según lo limitado por la Sección 19-13-1 del Código.

- **(iii)** "Agresión sexual" significa violación, sodomía, sodomía agravada, agresión sexual y agresión sexual agravada según se definen esos términos en el Capítulo 6 del Título 16.

- **(B)** Ninguna persona negará o rehusará aceptar una solicitud; negarse a asegurar; negarse a renovar; negarse a reemitir; cancelar, restringir o de otra manera terminar; cobrar una tarifa diferente por la misma cobertura; agregar un diferencial de prima; o excluir o limitar la cobertura por pérdidas o negar un reclamo incurrido por un asegurado sobre la base de que el solicitante o asegurado es o ha sido víctima de violencia familiar o agresión sexual o que dicha persona sabe o tiene motivos para saber que el solicitante o asegurado puede ser víctima de violencia familiar o agresión sexual; ni ninguna persona tomará o dejará de tomar ninguna de las acciones antes mencionadas sobre la base de que un solicitante o asegurado brinda refugio, asesoramiento o protección a víctimas de violencia familiar o agresión sexual.

- **(C)** Ninguna persona solicitará, directa o indirectamente, ninguna información que sepa o deba saber razonablemente que se relaciona con actos de violencia familiar o agresión sexual o con el estado de un solicitante o asegurado como víctima de violencia familiar o agresión sexual, ni hará uso de dicha información, independientemente de cómo se haya obtenido, excepto con el propósito limitado de cumplir con obligaciones legales, verificar la afirmación de una persona de ser víctima de violencia familiar o agresión sexual, cooperar con una víctima de violencia familiar o agresión sexual en la búsqueda de protección contra la violencia familiar o agresión sexual, o facilitar el tratamiento de una condición médica relacionada con la violencia familiar o agresión sexual. Cuando una persona tiene información en su poder que indica claramente que el asegurado o solicitante es víctima de violencia familiar o agresión sexual, la divulgación o transferencia de la información por parte de una persona a cualquier persona, entidad o individuo es una violación de esta sección del Código, excepto:

- **(i)** Al sujeto de violencia familiar o agresión sexual o a una persona específicamente designada por escrito por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;

- **(ii)** A un proveedor de atención médica para la prestación directa de servicios de atención médica;

- **(iii)** A un médico autorizado identificado y designado por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;
- **(iv)** Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal de jurisdicción competente o lo requiera la ley;
- **(v)** Cuando sea necesario para un propósito comercial válido transferir información que incluya información confidencial sobre abusos que no pueda separarse razonablemente sin causar dificultades indebidas. La información confidencial sobre abusos puede divulgarse de conformidad con esta división únicamente a las siguientes personas o entidades, todas las cuales estarán sujetas a este subpárrafo:
- **(I)** Un reasegurador que busca indemnizar o indemnizar la totalidad o parte de una póliza que cubre un tema de violencia familiar o agresión sexual y que no puede suscribir o satisfacer sus obligaciones bajo el contrato de reaseguro sin esa divulgación;
- **(II)** Una parte de una venta, transferencia, fusión o consolidación propuesta o consumada de todo o parte del negocio de la persona;
- **(III)** Personal médico o de reclamaciones contratado por la persona, únicamente cuando sea necesario para procesar una solicitud o realizar los deberes de la persona conforme a la póliza o para proteger la seguridad o privacidad de un sujeto de violencia familiar o agresión sexual; o
- **(IV)** Con respecto a la dirección y el número de teléfono, a las entidades con las que la persona realiza negocios cuando el negocio no puede realizarse sin la dirección y el número de teléfono;
- **(vi)** A un abogado que necesite la información para representar a la persona de manera efectiva, siempre que la persona notifique al abogado sobre sus obligaciones bajo este párrafo y solicite que el abogado ejerza la debida diligencia para proteger la información confidencial sobre abuso en consonancia con la obligación del abogado de representar a la persona;
- **(vii)** Al titular de la póliza o al cesionario, en el curso de la entrega de la póliza, si la póliza contiene información sobre el estado de violencia familiar o agresión sexual; o
- **(viii)** A cualquier otra entidad que el Comisionado considere apropiada.
- **(D)** Es injustamente discriminatorio terminar la cobertura grupal para un sujeto de violencia familiar porque la cobertura se emitió originalmente a nombre del perpetrador de la violencia familiar y el perpetrador se ha divorciado, separado o perdido la custodia del sujeto de violencia familiar, o la cobertura del perpetrador ha terminado voluntaria o involuntariamente. Si la terminación es resultado de un acto u omisión del perpetrador, el sujeto de violencia familiar será considerado un individuo elegible calificado bajo la Sección 33-24-21.1 del Código y puede obtener la continuación y conversión de dichas coberturas a pesar del acto u omisión del

perpetrador. Una persona puede solicitar y recibir información confidencial sobre abuso para implementar la continuación y conversión de las coberturas bajo este subpárrafo.

- **(E)** El inciso (C) de este párrafo no impedirá que una persona que haya sido víctima de violencia familiar o agresión sexual obtenga sus registros de seguro. El inciso (C) de este párrafo no prohibirá que una persona pregunte sobre una condición médica o un historial de reclamos o que utilice información médica o un historial de reclamos para suscribir o llevar a cabo sus obligaciones en virtud de la póliza en la medida en que lo permita este párrafo y otras leyes aplicables.

- **(F)** Ninguna persona deberá tomar medidas que afecten negativamente a un solicitante o asegurado sobre la base de una condición médica, un reclamo u otra información de suscripción que la persona sepa o tenga motivos para saber que está relacionada con violencia familiar o agresión sexual y que:

- **(i)** Tiene el propósito o efecto de tratar la condición de violencia familiar o agresión sexual como una condición médica o criterio de suscripción;

- **(ii)** Se basa en la correlación entre una condición médica y violencia familiar o agresión sexual;

- **(iii)** No esté permitido por ley de otra manera y no se aplique de la misma manera y en la misma medida a todos los solicitantes y asegurados en situaciones similares, independientemente de si la condición o el reclamo está relacionado con violencia familiar o agresión sexual; o

- **(iv)** Salvo en el caso de acciones de reclamación, no se basa en una determinación, realizada de conformidad con principios y pautas actuariales y de suscripción sólidos generalmente aplicados en la industria de seguros y respaldada por evidencia estadística razonable, de que existe una correlación entre las circunstancias del solicitante o del asegurado y un aumento material del riesgo del seguro.

- **(G)** Ninguna persona dejará de pagar las pérdidas que surjan de violencia familiar o agresión sexual contra un reclamante inocente de primera parte hasta el alcance del interés legal de dicho reclamante en la propiedad cubierta, si la pérdida es causada por el acto intencional de un asegurado contra quien se presenta una denuncia por violencia familiar o agresión sexual por el acto que causa esta pérdida.

- **(H)** Ninguna persona utilizará otras exclusiones o limitaciones de cobertura que el Comisionado haya determinado a través del proceso de presentación y aprobación de la póliza para restringir irrazonablemente la capacidad de las víctimas de violencia familiar o agresión sexual de ser indemnizadas por dichas pérdidas.

- **(I)** Cualquier persona que emita, entregue o renueve una póliza de seguro en este estado en cualquier momento deberá incluir junto con dicha póliza o certificado de renovación un aviso adjunto que contenga el siguiente texto:

"AVISO

Las leyes del Estado de Georgia prohíben a las aseguradoras discriminar injustamente a cualquier persona en función de su condición de víctima de violencia familiar.

- **(c)** Cualquier persona que viole esta sección del Código al hacer declaraciones falsas e ilegales sobre la póliza vendida será culpable de un delito menor.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 234, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2023, aplicable a todas las pólizas o contratos emitidos, entregados, emitidos para entrega o renovados en este estado a partir del 1 de julio de 2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 782, § 33, en vigencia a partir del 2 de mayo de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2021 248, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 580, § 2, en vigencia a partir del 8/5/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 273, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-34, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2016 444, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2016.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2007 254, § 1, en vigencia a partir del 24/5/2007.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 584, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 453, § 33, en vigencia a partir del 14/4/2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 2, § 33, en vigor desde el 12/2/2001.

Consulte las Leyes de Georgia de 2021, artículo 248, § 3.

Código de Georgia § 33-6-34

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 2 - PRÁCTICAS DESLEALES DE LIQUIDACIÓN DE RECLAMOS (§§ 33-6-30 — 33-6-37) Sección 33-6-34 - Prácticas desleales de liquidación de reclamos

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-34 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

Cualquiera de los siguientes actos de una aseguradora, cuando se cometan según lo dispuesto en la Sección 33-6-33 del Código, constituirá una práctica injusta de liquidación de reclamaciones:

- **(1)** Tergiversar deliberadamente ante los reclamantes y asegurados hechos relevantes o disposiciones de la póliza relacionadas con las coberturas en cuestión;
- **(2)** No reconocer con prontitud razonable las comunicaciones pertinentes con respecto a reclamaciones que surjan bajo sus pólizas;
- **(3)** No adoptar e implementar procedimientos para la pronta investigación y solución de reclamaciones derivadas de sus políticas;
- **(4)** No intentar de buena fe efectuar una solución rápida, justa y equitativa de las reclamaciones presentadas en las que la responsabilidad se ha vuelto razonablemente clara;
- **(5)** Obligar a los asegurados o beneficiarios a iniciar demandas para recuperar los montos adeudados en virtud de sus pólizas ofreciendo montos sustancialmente menores que los montos finalmente recuperados en las demandas interpuestas por ellos;
- **(6)** Negarse a pagar las reclamaciones sin realizar una investigación razonable;
- **(7)** Cuando lo solicite por escrito el asegurado, no afirmar o negar la cobertura de las reclamaciones dentro de un tiempo razonable después de haber completado su investigación relacionada con dicha reclamación o reclamaciones;
- **(8)** Cuando lo solicite por escrito el asegurado, realizar pagos de reclamaciones a un asegurado o beneficiario sin indicar la cobertura bajo la cual se realiza cada pago;
- **(9)** Retrasar irrazonablemente la investigación o el pago de reclamaciones al exigir tanto una prueba formal de pérdida como una verificación posterior que daría como resultado la duplicación de la información y la verificación que aparecen en el formulario de prueba formal de pérdida; sin embargo, este párrafo no impedirá que una aseguradora obtenga declaraciones juradas si lo permite la póliza;
- **(10)** Cuando el asegurado lo solicite por escrito, no proporcionar con prontitud, en caso de rechazo de reclamaciones u ofertas de transacción, una explicación razonable y precisa de la base de tales acciones. En caso de rechazo de reclamaciones, dichas denegaciones deberán hacerse por escrito;
- **(11)** No proporcionar los formularios necesarios para presentar reclamaciones dentro de los 15 días naturales siguientes a la solicitud, con explicaciones razonables sobre su uso;

- **(12)** No adoptar e implementar normas razonables para asegurar que las reparaciones de un taller de reparación propiedad de la aseguradora se realicen de manera profesional;
- **(13)** Indicar a un reclamante de primera parte en un pago, cheque corriente o carta adjunta que dicho pago es definitivo o una liberación de cualquier reclamo a menos que se haya pagado el límite de la póliza o haya habido un acuerdo de conciliación entre el reclamante de primera parte y la aseguradora en cuanto a la cobertura y el monto a pagar según el contrato;
- **(14)** Emitir cheques o giros en liquidación parcial de una pérdida o reclamación bajo una cobertura específica que contengan lenguaje que libere a la aseguradora o a su asegurado de su responsabilidad total;
- **(15)** El incumplimiento de cualquier requisito de la aseguradora en el Capítulo 20E de este título, la "Ley de Protección al Consumidor de Facturación Sorpresa", incluyendo:
  - **(A)** La falta de designación de si el plan de atención médica está sujeto a la jurisdicción exclusiva de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, 29 USC Sec. 1001, et seq.;
  - **(B)** La falta de pago directo al proveedor o centro dentro de los 15 días hábiles para reclamos electrónicos o 30 días calendario para reclamos en papel, de cualquier monto adeudado según la Sección 33-20E-4 o 33-20E-5 del Código; o
  - **(C)** La falta de pago a una organización de resolución según lo exige la Sección 33-20E-16 del Código; y
- **(16)** Incumplimiento de cualquier requisito de la aseguradora relacionado con servicios o atención de emergencia en el Artículo 4 del Capítulo 11 del Título 31, Artículo 1 del Capítulo 20A de este título, Capítulo 20E de este título, Capítulo 21A de este título, Sección 33-24-59.27 del Código y Capítulo 30 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 223, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 833, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 470, § 2, en vigencia a partir del 1 de enero de 2021.

Código de Georgia § 33-6-35

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 2 - PRÁCTICAS DESLEALES DE LIQUIDACIÓN DE RECLAMOS (§§ 33-6-30 — 33-6-37) Sección 33-6-35 - Notificación de audiencia; procedimientos de audiencia; órdenes de cese y desistimiento; sanciones; revisión judicial; intervinientes

- **(a)** Siempre que el Comisionado tenga motivos para creer que alguna persona ha participado o está participando en este estado en cualquier práctica injusta de resolución de reclamos y tenga motivos para creer que un procedimiento con respecto a dicha práctica injusta de resolución de reclamos sería de interés público, el Comisionado deberá notificar a dicha persona una declaración de los cargos al respecto y una notificación de audiencia de la misma manera que se establece en la Sección 33-6-7 del Código.
- **(b)** Las disposiciones de las Secciones 33-6-7 a 33-6-11 del Código, relacionadas con audiencias, órdenes de cese y desistimiento, sanciones, revisión judicial, interventores y otros asuntos relacionados con violaciones del Artículo 1 de este capítulo serán aplicables a las violaciones de este artículo.

Código de Georgia § 33-9-36

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 2 - PRÁCTICAS DESLEALES DE LIQUIDACIÓN DE RECLAMOS (§§ 33-6-30 — 33-6-37) Sección 33-6-36 - Normas y reglamentos

El Comisionado podrá, de conformidad con los procedimientos establecidos en la Sección 33-2-9 del Código, promulgar las normas y reglamentos necesarios para implementar y hacer cumplir las disposiciones de este artículo. Si el Comisionado determina que existen circunstancias extraordinarias y que ello redundaría en beneficio de los ciudadanos de este estado, podrá suspender temporalmente la aplicabilidad de cualquier norma o reglamento promulgado de conformidad con este artículo.

Código de Georgia § 33-23-1

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 23 - LICENCIAS DE AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-205) Artículo 1 - AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-46) Sección 33-23-1 - Definiciones

Cita universal:

Código de Georgia § 33-23-1 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Próximo

- **(a)** Tal como se utiliza en este artículo, el término:

- **(1)** "Ajustador" significa cualquier persona que, a cambio de una tarifa, comisión, salario u otra compensación, investiga, liquida o ajusta y presenta informes a su empleador o director con respecto a reclamos que surjan de contratos de seguros en nombre de la aseguradora o del asegurado o de una persona que supervise o administre directamente a dicha persona. El término "ajustador" no incluye:
  - **(A)** Las personas que liquiden reclamaciones derivadas de contratos de seguros de vida o marítimos o de anualidades; o
  - **(B)** Un agente o un empleado asalariado de un agente o un empleado asalariado de una aseguradora que ajusta o ayuda a ajustar pérdidas bajo pólizas emitidas por dicho agente o asegurador.
- **(2)** "Agencia" significa una entidad comercial que representa a una o más aseguradoras y se dedica al negocio de vender, solicitar o negociar seguros. Agencia también significa una entidad comercial productora de seguros.
- **(3)** "Agente" significa una persona designada o empleada por una aseguradora que vende, solicita o negocia seguros. Agente también significa un productor de seguros individual.
- **(3.1)** "Sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones" significa un sistema informático preprogramado diseñado para la recopilación, entrada de datos, cálculo y resolución final de reclamaciones de seguros de propiedad utilizado únicamente para dispositivos electrónicos portátiles según se define en el párrafo (1) de la subsección (d) de la Sección 33-23-12 del Código que:
  - **(A)** Sólo podrá ser utilizado por un ajustador independiente autorizado, un agente autorizado o personas supervisadas que operen de conformidad con este párrafo;
  - **(B)** Deberá cumplir con todos los requisitos de pago de reclamaciones del Código de Seguros de Georgia; y
  - **(C)** Deberá estar certificado como conforme con esta sección del Código por un ajustador independiente autorizado que sea funcionario de una entidad comercial autorizada bajo este capítulo.
- **(4)** "Entidad comercial" significa una corporación, asociación, sociedad, empresa unipersonal, compañía de responsabilidad limitada, sociedad de responsabilidad limitada u otra entidad legal.
- **(5)** "Negocio controlado de una persona" significa seguro de propiedad o accidentes para una persona o el cónyuge de una persona; para cualquier pariente por sangre o matrimonio dentro del segundo grado de parentesco según se define en el párrafo (5) de la Sección 53-4-2 del Código; para el empleador de una persona o la firma de la cual una persona es miembro; para cualquier funcionario, director, accionista o miembro del empleador de una persona o de cualquier firma de la cual una persona es socio; para cualquier cónyuge del funcionario, director, empleador, accionista o miembro de la firma de una persona; para el pupilo o empleado de una persona; o para cualquier persona o con respecto a cualquier propiedad bajo el control o supervisión de una persona en cualquier capacidad fiduciaria.

- **(6)** "Asesor" significa cualquier persona que se dedica, anuncia o se presenta como una persona que se dedica a asesorar, aconsejar o emitir opiniones sobre los beneficios prometidos en cualquier contrato de seguro emitido u ofrecido por cualquier asegurador o sobre los términos, el valor, el efecto, las ventajas o las desventajas del contrato de seguro, que no sea un actuario o consultor que asesore a las aseguradoras. Cuando reciba un honorario, una comisión u otra compensación por este servicio, dicha persona no recibirá ninguna compensación de ninguna otra fuente sobre la misma transacción o en relación con ella.

- **(7)** "Estado de origen" significa Canadá, el Distrito de Columbia y cualquier estado o territorio de los Estados Unidos en el que un productor o ajustador de seguros mantiene su residencia principal o su lugar principal de negocios y tiene licencia para actuar como productor o ajustador de seguros.

- **(8)** "Ajustador independiente" significa un ajustador que representa los intereses de la aseguradora y que no es empleado de dicha aseguradora.

- **(9)** "Seguro", excepto cuando se indique específicamente el tipo de seguro, significa todo tipo de seguro que no sea la fianza otorgada por fiadores individuales.

- **(10)** "Productor de seguros" significa una persona que debe tener licencia según las leyes de este estado para vender, solicitar o negociar seguros.

- **(10.1)** "Subagente limitado" significa un individuo autorizado en nombre de un agente autorizado de conformidad con la Sección 33-23-12 del Código.

- **(11)** "Negociar" significa el acto de consultar directamente u ofrecer asesoramiento directamente a un comprador o posible comprador de un contrato de seguro en particular con respecto a cualquiera de los beneficios, términos o condiciones sustanciales del contrato, siempre que la persona involucrada en ese acto venda seguros u obtenga seguros de aseguradoras para los compradores.

- **(12)** "Persona" significa un individuo o entidad comercial.

- **(13)** "Ajustador público" significa cualquier persona que solicita, anuncia o de otra manera acepta representar únicamente a una persona que está asegurada bajo una póliza que cubre incendio, tormenta de viento, daños por agua y otros daños físicos a bienes reales y personales que no sean vehículos con licencia para circular, y dicha representación se limitará a la liquidación de un reclamo o reclamos bajo la póliza por daños a bienes reales y personales, incluyendo la pérdida relacionada de ingresos y pérdidas de gastos de vida, pero excluyendo los reclamos que surjan de cualquier accidente automovilístico, y que, para obtener una compensación en nombre de un asegurado:

  - **(A)** Actúa o ayuda, únicamente en relación con reclamaciones de primera parte que surjan de contratos de seguro que aseguran la propiedad real o personal del asegurado, en la negociación o la realización de la liquidación de una reclamación por pérdida o daño cubierto por un contrato de seguro;

  - **(B)** Publica anuncios de empleo como ajustador público de reclamaciones de seguros o solicita negocios o se representa a sí mismo ante el

público como ajustador público de reclamaciones de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguren bienes reales o personales; o

- **(C)** Solicita negocios, investiga o ajusta pérdidas, o asesora a un asegurado sobre reclamos de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguran bienes reales o personales para otra persona dedicada al negocio de ajustar pérdidas o daños cubiertos por una póliza de seguro.

- **(14)** "Vender" significa intercambiar un contrato de seguro por cualquier medio, por dinero o su equivalente, en nombre de una compañía de seguros.

- **(15)** "Solicitar" significa intentar vender seguros o pedir o instar a una persona a solicitar un tipo particular de seguro de una compañía en particular.

- **(16)** "Subagente" significa cualquier agente autorizado, excepto según lo dispuesto en la Sección 33-23-12 del Código, que actúa para o en nombre de otro agente autorizado en la venta, solicitud o negociación de un contrato de seguro o contrato de anualidad y que tiene en archivo ante el Comisionado un certificado de autoridad de cada agente con el que el subagente coloca el seguro. Subagente también significa subproductor. El término "subagente" no incluirá:

- **(A)** Un agente que coloca un seguro con o a través de otro agente que involucre 12 o menos pólizas o certificados de seguro en un año calendario; o

- **(B)** Un agente que coloca seguros de líneas excedentes con o a través de un corredor de líneas excedentes únicamente con respecto a dichos seguros de líneas excedentes.

- **(17)** "Corredor de líneas excedentes" significa una persona autorizada de conformidad con la Sección 33-23-37 del Código.

- **(b)** Las definiciones de agente, subagente y consejero en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen:

- **(1)** Un abogado admitido para ejercer en este estado, cuando maneja la cobranza de primas o asesora a clientes en materia de seguros como una función incidental al ejercicio de la abogacía o que ajusta pérdidas que son incidentales al ejercicio de su profesión;

- **(2)** Cualquier representante de aseguradoras marítimas oceánicas;

- **(3)** Cualquier representante de las compañías de seguros mutuos contra incendios de los agricultores según se define en el Capítulo 16 de este título;

- **(4)** Un empleado asalariado de una empresa o agencia de informes crediticios o de carácter que no se dedique al negocio de seguros, pero que pueda informar a una aseguradora;

- **(5)** Una persona que actúe en nombre o como agencia de cobranzas;

- **(6)** Una persona que hace las deducciones salariales de las primas para empleados o, bajo un plan de seguro de grupo, una persona que presta servicios al titular de la póliza principal de seguro de grupo en la administración de los detalles de dicho seguro para los empleados o deudores del titular de la póliza principal o de una

firma o corporación por la cual la persona está empleada y que no recibe comisiones de seguro por dicho servicio; siempre que, además, un cargo administrativo que no exceda el 5 por ciento de las primas cobradas pagadas por el asegurador a la oficina de administración no se interpretará como una comisión de seguro;

- **(7)** Las personas exentas de licencia según lo dispuesto en la subsección (h) de la Sección 33-23-4 del Código; o

- **(8)** Una persona que recopila información sobre reclamaciones de, o proporciona información sobre reclamaciones a, asegurados o reclamantes, que realiza la entrada de datos y que ingresa datos en un sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones, siempre que la persona sea un empleado de un ajustador independiente autorizado o su afiliado donde no más de 25 de dichas personas estén bajo la supervisión de un ajustador independiente autorizado o agente autorizado.

- **(c)** Además de los párrafos (2) a (8) de la subsección (b) de esta sección del Código, las definiciones de ajustador público, ajustador independiente y ajustador en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen a un abogado admitido para ejercer la abogacía en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 1 y § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Código de Georgia § 33-6-34

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37) Artículo 2 - PRÁCTICAS

DESLEALES DE LIQUIDACIÓN DE RECLAMOS (§§ 33-6-30 — 33-6-37) Sección 33-6-34 - Prácticas desleales de liquidación de reclamos

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-34 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

Cualquiera de los siguientes actos de una aseguradora, cuando se cometan según lo dispuesto en la Sección 33-6-33 del Código, constituirá una práctica injusta de liquidación de reclamaciones:

- **(1)** Tergiversar deliberadamente ante los reclamantes y asegurados hechos relevantes o disposiciones de la póliza relacionadas con las coberturas en cuestión;
- **(2)** No reconocer con prontitud razonable las comunicaciones pertinentes con respecto a reclamaciones que surjan bajo sus pólizas;
- **(3)** No adoptar e implementar procedimientos para la pronta investigación y solución de reclamaciones derivadas de sus políticas;
- **(4)** No intentar de buena fe efectuar una solución rápida, justa y equitativa de las reclamaciones presentadas en las que la responsabilidad se ha vuelto razonablemente clara;
- **(5)** Obligar a los asegurados o beneficiarios a iniciar demandas para recuperar los montos adeudados en virtud de sus pólizas ofreciendo montos sustancialmente menores que los montos finalmente recuperados en las demandas interpuestas por ellos;
- **(6)** Negarse a pagar las reclamaciones sin realizar una investigación razonable;
- **(7)** Cuando lo solicite por escrito el asegurado, no afirmar o negar la cobertura de las reclamaciones dentro de un tiempo razonable después de haber completado su investigación relacionada con dicha reclamación o reclamaciones;
- **(8)** Cuando lo solicite por escrito el asegurado, realizar pagos de reclamaciones a un asegurado o beneficiario sin indicar la cobertura bajo la cual se realiza cada pago;
- **(9)** Retrasar irrazonablemente la investigación o el pago de reclamaciones al exigir tanto una prueba formal de pérdida como una verificación posterior que daría como resultado la duplicación de la información y la verificación que aparecen en el formulario de prueba formal de pérdida; sin embargo, este párrafo no impedirá que una aseguradora obtenga declaraciones juradas si lo permite la póliza;
- **(10)** Cuando el asegurado lo solicite por escrito, no proporcionar con prontitud, en caso de rechazo de reclamaciones u ofertas de transacción, una explicación razonable y precisa de la base de tales acciones. En caso de rechazo de reclamaciones, dichas denegaciones deberán hacerse por escrito;

- **(11)** No proporcionar los formularios necesarios para presentar reclamaciones dentro de los 15 días naturales siguientes a la solicitud, con explicaciones razonables sobre su uso;
- **(12)** No adoptar e implementar normas razonables para asegurar que las reparaciones de un taller de reparación propiedad de la aseguradora se realicen de manera profesional;
- **(13)** Indicar a un reclamante de primera parte en un pago, cheque corriente o carta adjunta que dicho pago es definitivo o una liberación de cualquier reclamo a menos que se haya pagado el límite de la póliza o haya habido un acuerdo de conciliación entre el reclamante de primera parte y la aseguradora en cuanto a la cobertura y el monto a pagar según el contrato;
- **(14)** Emitir cheques o giros en liquidación parcial de una pérdida o reclamación bajo una cobertura específica que contengan lenguaje que libere a la aseguradora o a su asegurado de su responsabilidad total;
- **(15)** El incumplimiento de cualquier requisito de la aseguradora en el Capítulo 20E de este título, la "Ley de Protección al Consumidor de Facturación Sorpresa", incluyendo:
  - **(A)** La falta de designación de si el plan de atención médica está sujeto a la jurisdicción exclusiva de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, 29 USC Sec. 1001, et seq.;
  - **(B)** La falta de pago directo al proveedor o centro dentro de los 15 días hábiles para reclamos electrónicos o 30 días calendario para reclamos en papel, de cualquier monto adeudado según la Sección 33-20E-4 o 33-20E-5 del Código; o
  - **(C)** La falta de pago a una organización de resolución según lo exige la Sección 33-20E-16 del Código; y
- **(16)** Incumplimiento de cualquier requisito de la aseguradora relacionado con servicios o atención de emergencia en el Artículo 4 del Capítulo 11 del Título 31, Artículo 1 del Capítulo 20A de este título, Capítulo 20E de este título, Capítulo 21A de este título, Sección 33-24-59.27 del Código y Capítulo 30 de este título.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 223, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 833, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 470, § 2, en vigencia a partir del 1 de enero de 2021.

Código de Georgia § 33-6-4

CÓDIGO DE GEORGIA 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 6 - PRÁCTICAS COMERCIALES DESLEALES (§§ 33-6-1 — 33-6-37)

Artículo 1 - DISPOSICIONES GENERALES (§§ 33-6-1 — 33-6-14)
Sección 33-6-4 - Enumeración de métodos de competencia desleal y actos o prácticas desleales o engañosos; sanción

Cita universal:

Código de Georgia § 33-6-4 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Anterior Siguiente

- **(a)** Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:
  - **(1)** "Certificado de regalo" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.
  - **(2)** “Póliza” significa cualquier fianza de seguro emitida por una aseguradora.
  - **(3)** "Tarjeta de regalo de la tienda" tendrá el mismo significado que el establecido en la Sección 10-1-393 del Código.
- **(b)** Se consideran métodos desleales de competencia y actos o prácticas desleales y engañosos en el negocio de seguros los siguientes actos o prácticas:
  - **(1)** Hacer, publicar, diseminar, circular o colocar ante el público o causar que directa o indirectamente se haga, publique, disemine, circule o coloque ante el público en un periódico, revista u otra publicación o en forma de aviso, circular, folleto, carta o cartel, o en cualquier estación de radio o de cualquier otra manera un anuncio, anuncio o declaración que contenga cualquier afirmación, representación o declaración con respecto al negocio de seguros o con respecto a cualquier persona en la conducción de su negocio de seguros, cuya declaración, afirmación o representación sea falsa, engañosa o confusa;
  - **(2)** Hacer, emitir, circular o hacer que se haga, emita o circule cualquier estimación, ilustración, circular o declaración que tergiverse los términos de cualquier póliza emitida o por emitirse, los beneficios o ventajas prometidos por la misma, o los dividendos o la parte del excedente que se recibirá por la misma; hacer cualquier declaración falsa o engañosa en cuanto a los dividendos o la parte del excedente pagados previamente en pólizas similares; hacer cualquier representación engañosa o cualquier tergiversación en cuanto a la condición financiera de cualquier asegurador, en cuanto al sistema de reserva legal sobre el cual opera cualquier asegurador de vida; usar cualquier nombre o título de cualquier póliza o clase de pólizas que tergiverse la verdadera naturaleza de las mismas; o hacer cualquier tergiversación a cualquier asegurado en cualquier compañía con el propósito de inducir o tender a inducir al asegurado a dejar de tener derecho a, perder o entregar su seguro. No se considerará tergiversación ni publicidad engañosa en el sentido de este párrafo una estimación de dividendos preparada en formularios de la compañía y que indique claramente, en un tipo de letra de tamaño igual al usado en las cifras que muestran los montos de los

dividendos estimados, que los dividendos se basan en estimaciones hechas por la compañía con base en su experiencia pasada;

- **(3)** Hacer, publicar, difundir o circular, directa o indirectamente, o ayudar, instigar o alentar la realización, publicación, difusión o circulación de cualquier declaración oral o escrita o cualquier folleto, circular, artículo o literatura que sea falsa o maliciosamente crítica o tergiverse sustancialmente la condición financiera de una aseguradora y que esté calculada para perjudicar a cualquier persona que participe en el negocio de los seguros;

- **(4)** Celebrar cualquier acuerdo para cometer o, mediante cualquier acción concertada, cometer cualquier acto de boicot, coerción o intimidación que resulte o tienda a resultar en una restricción irrazonable o un monopolio en el negocio de los seguros;

- **(5)** Presentar ante cualquier funcionario supervisor u otro funcionario público o hacer, publicar, difundir, circular, entregar a cualquier persona o colocar ante el público o causar que, directa o indirectamente, se haga, publique, difunda, circule, entregue a cualquier persona o coloque ante el público cualquier declaración falsa sobre la condición financiera de una aseguradora con la intención de engañar;

- **(6)** Hacer cualquier entrada falsa en cualquier libro, informe o declaración de cualquier aseguradora con la intención de engañar a cualquier agente o examinador legalmente designado para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o a cualquier funcionario público a quien dicha aseguradora esté obligada por ley a informar o que tenga autoridad por ley para examinar su condición o cualquiera de sus asuntos o, con la misma intención, omitir deliberadamente hacer una entrada verdadera de cualquier hecho material perteneciente al negocio de dicha aseguradora en cualquier libro, informe o declaración de la aseguradora;

- **(7)** Emitir o entregar o permitir que agentes, funcionarios o empleados emitan o entreguen acciones de agencias o compañías u otras acciones de capital, certificados de beneficios o acciones en cualquier corporación de derecho consuetudinario, valores o cualquier contrato especial o de junta asesora de cualquier tipo que prometa retornos y ganancias como incentivo para el seguro;

- **(8)**

  - **(A)**

  - **(i)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase, mismo monto de póliza e igual expectativa de vida en las tarifas cobradas por cualquier contrato de seguro de vida o de renta vitalicia, en los dividendos u otros beneficios pagaderos sobre el mismo, o en cualquiera de los otros términos y condiciones del contrato.

  - **(ii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta entre individuos de la misma clase y de esencialmente el mismo riesgo en el monto de la prima, los honorarios de la póliza o las tarifas cobradas por cualquier póliza o contrato de seguro de accidentes o enfermedad, en los beneficios pagaderos en virtud de la misma, en cualquiera de los términos o condiciones del contrato o en cualquier otra manera.

- **(iii)** Realizar o permitir cualquier discriminación injusta en la emisión, renovación o cancelación de cualquier póliza o contrato de seguro contra pérdida directa de propiedad residencial y su contenido, en el monto de la prima, tarifas de la póliza o tarifas cobradas por las pólizas o contratos cuando la discriminación se basa únicamente en la antigüedad o ubicación geográfica de la propiedad dentro de un distrito clasificado como resistente al fuego sin tener en cuenta la experiencia de pérdida objetiva relacionada con ella.

- **(iv)**

- **(I)** La discriminación injusta prohibida por las disposiciones de este subpárrafo incluye la discriminación basada en la raza, el color y el origen nacional o étnico. Además, en relación con cualquier tipo de seguro, será un acto o práctica injusta y engañosa negarse a asegurar o negarse a continuar asegurando a una persona; limitar la cantidad, el alcance o el tipo de cobertura disponible para una persona; o cobrar a una persona una tarifa diferente por la misma cobertura debido a la raza, el color o el origen nacional o étnico de esa persona. Las prohibiciones de esta división se suman y complementan todas y cada una de las demás disposiciones de la ley de Georgia que prohíben dicha discriminación que se hayan promulgado anteriormente y existan actualmente, o que puedan promulgarse posteriormente, y no serán una limitación a dichas otras disposiciones de la ley.

- **(II)** La infracción de esta división dará lugar a una causa de acción civil por daños y perjuicios resultantes de dicha infracción, incluidos, entre otros, todos los daños y perjuicios recuperables por incumplimiento de los contratos de seguro conforme a la ley de Georgia, incluidos los daños y perjuicios por mala fe y los honorarios de los abogados y los costos del litigio. La infracción de esta división también dará lugar a la concesión de daños punitivos o ejemplares por un monto que determine el juez de los hechos si se determina que dicha infracción fue intencional. Los recursos previstos en esta división se suman a todos los demás recursos que pueda proporcionar la ley en la actualidad o en el futuro y son acumulativos de ellos.

- **(B)** Permitir u ofrecer a sabiendas hacer o hacer cualquier contrato de seguro o acuerdo en cuanto al contrato que no sea el claramente expresado en el contrato emitido al respecto; pagar, permitir, dar u ofrecer pagar, permitir o dar directa o indirectamente, como incentivo para cualquier contrato de seguro, cualquier descuento de primas pagaderas sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otros beneficios sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso que sea no especificado en el contrato, excepto de conformidad con una presentación de tarifas, un plan de calificación o un sistema de calificación aplicable presentado ante el Comisionado y aprobado por éste; dar, vender, comprar u ofrecer dar, vender o comprar como incentivo para dicho seguro o en conexión con el mismo cualquier acción, bono u otros valores de cualquier compañía, cualquier dividendo o ganancia devengada sobre el mismo, o cualquier cosa de valor que sea no especificada en el contrato; o recibir o aceptar como incentivo para contratos de seguro cualquier descuento de la prima pagadera sobre el contrato, cualquier favor o ventaja especial en los dividendos u otro beneficio que se devengue sobre el mismo, o cualquier contraprestación o incentivo valioso no especificado en el contrato.

- **(C)** Nada de lo dispuesto en los subpárrafos (A) y (B) de este párrafo se interpretará como que incluye dentro de la definición de discriminación o descuentos cualquiera de las siguientes prácticas:

- **(i)** En el caso de cualquier contrato de seguro de vida o renta vitalicia, pagar bonificaciones a los asegurados o, de otro modo, reducir sus primas total o parcialmente con el excedente acumulado de seguros no participantes, siempre que las bonificaciones o reducciones de primas sean justas y equitativas para los asegurados y para el mejor interés de la compañía y sus asegurados;

- **(ii)** En el caso de pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad emitidas con débito industrial o con prima semanal, hacer una provisión por un monto que represente de manera justa el ahorro en gastos de cobranza a los asegurados que hayan efectuado pagos de primas directamente a una oficina de la aseguradora de manera continua y durante un período específico;

- **(iii)** Realizar un reajuste de la tasa de prima de una póliza en función de la pérdida o gasto experimentado al final del primer año de póliza o de cualquier año de póliza posterior, ajuste que podrá hacerse retroactivo sólo para el año de póliza;

- **(iv)** Emitir pólizas de seguro de vida o de accidentes y enfermedad que cubran a empleados de buena fe de la aseguradora a una tasa menor que la que se cobra a otras personas de la misma clase;

- **(v)** Emitir pólizas de vida o de accidentes y enfermedad mediante un plan de ahorro de salario, de deducción de nómina, preautorizado, posdatado, con cheque automático o con giro a una tasa reducida proporcional a los ahorros obtenidos mediante el uso de dicho plan;

- **(vi)** Pagar comisiones u otra compensación a agentes o corredores debidamente autorizados o permitir o devolver dividendos, ahorros o depósitos de primas no absorbidas a los asegurados, miembros o suscriptores participantes;

- **(vii)** El pago por parte de un agente de seguros de parte o la totalidad de las comisiones sobre seguros públicos a una asociación sin fines de lucro de agentes de seguros que esté afiliada a una asociación de agentes de seguros reconocida a nivel estatal o nacional, comisiones que se utilizarán total o parcialmente para una o más empresas cívicas;

- **(viii)** Pagar alimentos o refrigerios por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora para clientes actuales o potenciales durante presentaciones de ventas grupales y seminarios grupales, siempre que no se ofrezcan ni acepten solicitudes o contratos de seguros o anualidades en dichas presentaciones o seminarios;

- **(ix)** Pagar comidas de negocios y entretenimiento por parte de una aseguradora o un agente, corredor o empleado de una aseguradora, agente o corredor para clientes actuales o potenciales; o

- **(x)** Publicitar o realizar programas promocionales por parte de aseguradores o productores de seguros mediante los cuales se entreguen premios, bienes, artículos, tarjetas de regalo de tiendas, certificados de regalo, entradas para eventos deportivos o mercaderías, que no excedan de $100.00 en valor por cliente en total en cualquier año calendario, a clientes actuales o potenciales; siempre que, sin embargo, la entrega de cualquier artículo o artículos de valor bajo esta subsección no esté supeditada a la venta o renovación de una póliza;

- **(9)** No instruir y exigir debidamente que los agentes, en la solicitud de seguro y el llenado de solicitudes de seguro en nombre de los asegurados, incorporen en ellas todos los hechos materiales relevantes al riesgo que se suscribe, hechos que el agente conoce o podría haber conocido mediante la debida diligencia;

- **(10)** Alentar a los agentes a aceptar solicitudes que contengan tergiversaciones materiales u oculten información material que, de incluirse en la solicitud, impediría la emisión de la póliza o que anularía una póliza desde su inicio de acuerdo con sus términos, aun cuando se hubieran pagado las primas de la póliza;

- **(11)** Cualquier asegurador o agente del mismo que se convierta en parte en requerir o imponer como condición para la venta de bienes muebles o inmuebles o para el financiamiento de bienes muebles o inmuebles, como condición para la concesión o extensión de un préstamo que se vaya a garantizar con el título o un gravamen de cualquier tipo sobre bienes muebles o inmuebles, o como condición para la realización de cualquier otro acto en conexión con la venta, financiamiento o préstamo, ya sea que la persona actúe por sí misma o por cualquier otra persona, que el seguro o cualquier renovación del mismo que se emita sobre dicha propiedad como garantía de dicha venta o préstamo se suscriba a través de cualquier compañía de seguros o agente en particular, siempre que este párrafo no se aplique a una póliza comprada por el vendedor, financista o prestamista con sus propios fondos y no cargada al comprador o prestatario en el precio de venta de la propiedad o el monto del préstamo o que se requiera pagar con sus fondos personales; siempre que dicho vendedor, financista o prestamista pueda desaprobar, por razones que afecten la solvencia u otras razones razonables y suficientes, la compañía de seguros seleccionada por el comprador o prestatario. Este párrafo no se aplicará al seguro de título;

- **(12)**

  - **(A)** Declarar que cualquier asegurador o agente está empleado o asociado de alguna otra manera con cualquier programa de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código o la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos o que cualquier póliza de seguro vendida u ofrecida para la venta ha sido respaldada o patrocinada por el gobierno federal o estatal.

  - **(B)** Vender u ofrecer vender a sabiendas una cobertura de seguro complementario de Medicare según se define en la Sección 33-43-1 del Código que no cumpla con las disposiciones del Capítulo 43 de este título, relacionadas con el seguro complementario de Medicare, o las normas y reglamentos promulgados por el Comisionado de conformidad con el Capítulo 43 de este título.

- **(C)** Representar que cualquier póliza individual es una póliza grupal o que la aseguradora, el agente o la póliza están respaldados, patrocinados por o asociados con cualquier grupo, asociación u otra organización, a menos que tal sea, de hecho, el caso.

- **(D)** Vender a sabiendas a beneficiarios de Medicaid una cobertura sustancialmente innecesaria que duplica los beneficios proporcionados bajo el programa de Medicaid sin revelar al posible comprador que puede no ser en su beneficio o que en realidad podría ser en su detrimento comprar la cobertura adicional;

- **(13)**

- **(A)** La publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de vida individual o grupal en la que el cálculo del beneficio por muerte sea de naturaleza tan técnica que dicho beneficio por muerte no pueda razonablemente presentarse adecuadamente en el anuncio y ser comprendido por un miembro del público asegurado. Las pólizas, que no sean pólizas de vida variable u otras pólizas sensibles a los intereses, que prevén cambios múltiples en los beneficios por muerte, combinaciones de seguro a término creciente y decreciente no uniforme, o beneficios de seguro de vida crecientes iguales o ligeramente mayores que las primas pagadas durante los primeros años de la cobertura combinadas con beneficios por muerte accidental son tipos de contratos dentro del ámbito de este subpárrafo. Además, cualquier póliza de seguro de vida que no pueda divulgarse de manera veraz, completa, clara y precisa en un anuncio cae dentro del alcance de este subpárrafo.

- **(B)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo anuncios de radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de accidentes y enfermedades o de vida individual o grupal que sea engañosa de hecho o por implicación en el sentido de que la cobertura es de "emisión garantizada" cuando existen condiciones que deben cumplir las personas que se van a asegurar, tales como preguntas médicas limitadas u otras pautas de suscripción de la aseguradora.

- **(C)** Realizar publicidad de respuesta directa por parte de una aseguradora, incluyendo publicidad por radio o televisión, de cualquier póliza de seguro de accidentes y enfermedades o de vida, individual o grupal, cuando dicha publicidad no haya sido aprobada para su uso en este estado por el Comisionado;

- **(14)** No revelar en el material publicitario impreso que los beneficios médicos se calculan sobre la base de cargos usuales, habituales y razonables;

- **(14.1)** Participar en prácticas de seguros deshonestas, injustas o engañosas en la comercialización o venta de seguros a miembros del servicio de las fuerzas armadas de los Estados Unidos y, no obstante cualquier otra disposición de este título, el Comisionado puede promulgar las reglas y reglamentos que sean necesarios para definir prácticas de comercialización y venta militares deshonestas, injustas o engañosas;

- **(14.2)** No enviar todos los datos de reclamaciones a la base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Georgia como lo requiere el Artículo 3 del Capítulo 53 del Título 31;

- **(14.3)**

  - **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo:

  - **(i)** "Servicios de cuidado ocular cubiertos" significa aquellos servicios de atención médica y materiales relacionados con el cuidado del ojo y las estructuras relacionadas y los servicios de cuidado de la visión que una aseguradora de atención médica está obligada a pagar o proporcionar a las personas cubiertas bajo un plan de beneficios de cuidado ocular, que incluye servicios para los cuales el reembolso está disponible bajo dicho plan, o para los cuales el reembolso estaría disponible si no fuera por la aplicación de limitaciones contractuales tales como deducibles, copagos, coaseguros, períodos de espera, máximos anuales o de por vida, limitaciones de frecuencia, pagos de beneficios alternativos o cualquier otra limitación.

  - **(ii)** "Persona cubierta" significa cualquier suscriptor, afiliado, miembro, beneficiario o participante, o su dependiente, por quien se pagan beneficios cuando dicha persona recibe servicios de cuidado ocular prestados o autorizados por un oftalmólogo con licencia bajo el Capítulo 34 del Título 43 o un optometrista con licencia bajo el Capítulo 30 del Título 43.

  - **(iii)** "Plan de beneficios para el cuidado de los ojos" significa cualquier plan individual o grupal, contrato de póliza o acuerdo de suscripción que incluya o sea para servicios de cuidado de los ojos que se emita, entregue, emita para entrega o renueve en este estado, ya sea por una aseguradora de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud, una organización de proveedores preferidos, una aseguradora de accidentes y enfermedades, una sociedad de beneficios fraternales, una corporación de servicios hospitalarios sin fines de lucro, una corporación de servicios médicos o de cuidado de los ojos sin fines de lucro, un plan de atención médica o cualquier otra persona, firma, corporación, empresa conjunta u otra entidad comercial similar que pague, compre o proporcione servicios de cuidado de los ojos a pacientes, asegurados, beneficiarios o dependientes cubiertos en este estado.

  - **(iv)** "Aseguradora de atención médica" o "aseguradora" significa una entidad, incluyendo, entre otras, compañías de seguros, corporaciones de atención médica, organizaciones de mantenimiento de la salud y organizaciones de proveedores preferidos, autorizadas por el estado para ofrecer o proporcionar planes de beneficios de salud, planes de beneficios de atención oftalmológica, programas, políticas, contratos de suscriptores o cualquier otro acuerdo de naturaleza similar que compense o indemnice a los proveedores de atención médica por brindar atención oftalmológica cubierta u otros servicios de atención médica.

  - **(B)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista acepte como pago una cantidad establecida por dicha aseguradora por servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos bajo el plan de beneficios de cuidado ocular de la persona cubierta como condición para unirse o participar en su red de proveedores.

- **(C)** Ninguna aseguradora redactará, publicará, difundirá ni hará circular ninguna explicación de los formularios de beneficios que incluyan lenguaje que, directa o indirectamente, establezca o implique que un oftalmólogo u optometrista debe extender descuentos a los pacientes por servicios de cuidado ocular no cubiertos.

- **(D)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista dentro de su red de proveedores extienda descuentos en servicios que no sean servicios de cuidado ocular cubiertos.

- **(E)** Ninguna aseguradora requerirá que un oftalmólogo u optometrista extienda descuentos en servicios que no sean servicios de atención ocular cubiertos para recibir pagos mayores, mejores reembolsos, tratamiento preferencial o cualquier otro beneficio; o

- **(15)**

- **(A)** Tal como se utiliza en este párrafo, el término:

- **(i)** "Información confidencial sobre abuso" significa información sobre actos de violencia familiar o agresión sexual, el estado de una víctima de violencia familiar o agresión sexual, la condición médica de un individuo que la aseguradora sabe o tiene motivos para saber que está relacionada con la violencia familiar o la agresión sexual, o las direcciones del hogar y del trabajo y los números de teléfono de una persona víctima de violencia familiar o agresión sexual.

- **(ii)** "Violencia familiar" significa violencia familiar según se define en las Secciones 19-13-1 y 19-13-20 del Código y según lo limitado por la Sección 19-13-1 del Código.

- **(iii)** "Agresión sexual" significa violación, sodomía, sodomía agravada, agresión sexual y agresión sexual agravada según se definen esos términos en el Capítulo 6 del Título 16.

- **(B)** Ninguna persona negará o rehusará aceptar una solicitud; negarse a asegurar; negarse a renovar; negarse a reemitir; cancelar, restringir o de otra manera terminar; cobrar una tarifa diferente por la misma cobertura; agregar un diferencial de prima; o excluir o limitar la cobertura por pérdidas o negar un reclamo incurrido por un asegurado sobre la base de que el solicitante o asegurado es o ha sido víctima de violencia familiar o agresión sexual o que dicha persona sabe o tiene motivos para saber que el solicitante o asegurado puede ser víctima de violencia familiar o agresión sexual; ni ninguna persona tomará o dejará de tomar ninguna de las acciones antes mencionadas sobre la base de que un solicitante o asegurado brinda refugio, asesoramiento o protección a víctimas de violencia familiar o agresión sexual.

- **(C)** Ninguna persona solicitará, directa o indirectamente, ninguna información que sepa o deba saber razonablemente que se relaciona con actos de violencia familiar o agresión sexual o con el estado de un solicitante o asegurado como víctima de violencia familiar o agresión sexual, ni hará uso de dicha información, independientemente de cómo se haya obtenido, excepto con el propósito limitado de cumplir con obligaciones legales, verificar la afirmación de una persona de ser víctima de violencia familiar o agresión sexual, cooperar con una víctima de violencia familiar o agresión sexual en la búsqueda de protección contra la violencia familiar o agresión

sexual, o facilitar el tratamiento de una condición médica relacionada con la violencia familiar o agresión sexual. Cuando una persona tiene información en su poder que indica claramente que el asegurado o solicitante es víctima de violencia familiar o agresión sexual, la divulgación o transferencia de la información por parte de una persona a cualquier persona, entidad o individuo es una violación de esta sección del Código, excepto:

- **(i)** Al sujeto de violencia familiar o agresión sexual o a una persona específicamente designada por escrito por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;
- **(ii)** A un proveedor de atención médica para la prestación directa de servicios de atención médica;
- **(iii)** A un médico autorizado identificado y designado por el sujeto de violencia familiar o agresión sexual;
- **(iv)** Cuando lo ordene el Comisionado o un tribunal de jurisdicción competente o lo requiera la ley;
- **(v)** Cuando sea necesario para un propósito comercial válido transferir información que incluya información confidencial sobre abusos que no pueda separarse razonablemente sin causar dificultades indebidas. La información confidencial sobre abusos puede divulgarse de conformidad con esta división únicamente a las siguientes personas o entidades, todas las cuales estarán sujetas a este subpárrafo:
- **(I)** Un reasegurador que busca indemnizar o indemnizar la totalidad o parte de una póliza que cubre un tema de violencia familiar o agresión sexual y que no puede suscribir o satisfacer sus obligaciones bajo el contrato de reaseguro sin esa divulgación;
- **(II)** Una parte de una venta, transferencia, fusión o consolidación propuesta o consumada de todo o parte del negocio de la persona;
- **(III)** Personal médico o de reclamaciones contratado por la persona, únicamente cuando sea necesario para procesar una solicitud o realizar los deberes de la persona conforme a la póliza o para proteger la seguridad o privacidad de un sujeto de violencia familiar o agresión sexual; o
- **(IV)** Con respecto a la dirección y el número de teléfono, a las entidades con las que la persona realiza negocios cuando el negocio no puede realizarse sin la dirección y el número de teléfono;
- **(vi)** A un abogado que necesite la información para representar a la persona de manera efectiva, siempre que la persona notifique al abogado sobre sus obligaciones bajo este párrafo y solicite que el abogado ejerza la debida diligencia para proteger la información confidencial sobre abuso en consonancia con la obligación del abogado de representar a la persona;
- **(vii)** Al titular de la póliza o al cesionario, en el curso de la entrega de la póliza, si la póliza contiene información sobre el estado de violencia familiar o agresión sexual; o

- **(viii)** A cualquier otra entidad que el Comisionado considere apropiada.

- **(D)** Es injustamente discriminatorio terminar la cobertura grupal para un sujeto de violencia familiar porque la cobertura se emitió originalmente a nombre del perpetrador de la violencia familiar y el perpetrador se ha divorciado, separado o perdido la custodia del sujeto de violencia familiar, o la cobertura del perpetrador ha terminado voluntaria o involuntariamente. Si la terminación es resultado de un acto u omisión del perpetrador, el sujeto de violencia familiar será considerado un individuo elegible calificado bajo la Sección 33-24-21.1 del Código y puede obtener la continuación y conversión de dichas coberturas a pesar del acto u omisión del perpetrador. Una persona puede solicitar y recibir información confidencial sobre abuso para implementar la continuación y conversión de las coberturas bajo este subpárrafo.

- **(E)** El inciso (C) de este párrafo no impedirá que una persona que haya sido víctima de violencia familiar o agresión sexual obtenga sus registros de seguro. El inciso (C) de este párrafo no prohibirá que una persona pregunte sobre una condición médica o un historial de reclamos o que utilice información médica o un historial de reclamos para suscribir o llevar a cabo sus obligaciones en virtud de la póliza en la medida en que lo permita este párrafo y otras leyes aplicables.

- **(F)** Ninguna persona deberá tomar medidas que afecten negativamente a un solicitante o asegurado sobre la base de una condición médica, un reclamo u otra información de suscripción que la persona sepa o tenga motivos para saber que está relacionada con violencia familiar o agresión sexual y que:

- **(i)** Tiene el propósito o efecto de tratar la condición de violencia familiar o agresión sexual como una condición médica o criterio de suscripción;

- **(ii)** Se basa en la correlación entre una condición médica y violencia familiar o agresión sexual;

- **(iii)** No esté permitido por ley de otra manera y no se aplique de la misma manera y en la misma medida a todos los solicitantes y asegurados en situaciones similares, independientemente de si la condición o el reclamo está relacionado con violencia familiar o agresión sexual; o

- **(iv)** Salvo en el caso de acciones de reclamación, no se basa en una determinación, realizada de conformidad con principios y pautas actuariales y de suscripción sólidos generalmente aplicados en la industria de seguros y respaldada por evidencia estadística razonable, de que existe una correlación entre las circunstancias del solicitante o del asegurado y un aumento material del riesgo del seguro.

- **(G)** Ninguna persona dejará de pagar las pérdidas que surjan de violencia familiar o agresión sexual contra un reclamante inocente de primera parte hasta el alcance del interés legal de dicho reclamante en la propiedad cubierta, si la pérdida es causada por el acto intencional de un asegurado contra quien se presenta una denuncia por violencia familiar o agresión sexual por el acto que causa esta pérdida.

- **(H)** Ninguna persona utilizará otras exclusiones o limitaciones de cobertura que el Comisionado haya determinado a través del proceso de presentación y aprobación de la póliza para restringir irrazonablemente la capacidad de las víctimas de violencia familiar o agresión sexual de ser indemnizadas por dichas pérdidas.

- **(I)** Cualquier persona que emita, entregue o renueve una póliza de seguro en este estado en cualquier momento deberá incluir junto con dicha póliza o certificado de renovación un aviso adjunto que contenga el siguiente texto:

"AVISO

Las leyes del Estado de Georgia prohíben a las aseguradoras discriminar injustamente a cualquier persona en función de su condición de víctima de violencia familiar.

- **(c)** Cualquier persona que viole esta sección del Código al hacer declaraciones falsas e ilegales sobre la póliza vendida será culpable de un delito menor.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2023 234, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2023, aplicable a todas las pólizas o contratos emitidos, entregados, emitidos para entrega o renovados en este estado a partir del 1 de julio de 2023.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2022 782, § 33, en vigencia a partir del 2 de mayo de 2022.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2021 248, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2021.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2020 580, § 2, en vigencia a partir del 8/5/2020.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 273, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2019 139, § 1-34, en vigencia a partir del 1 de julio de 2019.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2016 444, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2016.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2007 254, § 1, en vigencia a partir del 24/5/2007.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 584, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2006 453, § 33, en vigencia a partir del 14/4/2006.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2005 108, § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2005.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 2, § 33, en vigor desde el 12/2/2001.

Consulte las Leyes de Georgia de 2021, artículo 248, § 3.

Código de Georgia § 33-23-35

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 23 - LICENCIAS DE AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-205)
Artículo 1 - AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-46)
Sección 33-23-1 - Definiciones

Cita universal:

Código de Georgia § 33-23-1 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Próximo

- **(a)** Tal como se utiliza en este artículo, el término:
  - **(1)** "Ajustador" significa cualquier persona que, a cambio de una tarifa, comisión, salario u otra compensación, investiga, liquida o ajusta y presenta informes a su empleador o director con respecto a reclamos que surjan de contratos de seguros en nombre de la aseguradora o del asegurado o de una persona que supervise o administre directamente a dicha persona. El término "ajustador" no incluye:
    - **(A)** Las personas que liquiden reclamaciones derivadas de contratos de seguros de vida o marítimos o de anualidades; o
    - **(B)** Un agente o un empleado asalariado de un agente o un empleado asalariado de una aseguradora que ajusta o ayuda a ajustar pérdidas bajo pólizas emitidas por dicho agente o asegurador.
  - **(2)** "Agencia" significa una entidad comercial que representa a una o más aseguradoras y se dedica al negocio de vender, solicitar o negociar seguros. Agencia también significa una entidad comercial productora de seguros.
  - **(3)** "Agente" significa una persona designada o empleada por una aseguradora que vende, solicita o negocia seguros. Agente también significa un productor de seguros individual.
  - **(3.1)** "Sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones" significa un sistema informático preprogramado diseñado para la recopilación, entrada de datos, cálculo y resolución final de reclamaciones de seguros de propiedad utilizado únicamente para dispositivos electrónicos portátiles según se define en el párrafo (1) de la subsección (d) de la Sección 33-23-12 del Código que:
    - **(A)** Sólo podrá ser utilizado por un ajustador independiente autorizado, un agente autorizado o personas supervisadas que operen de conformidad con este párrafo;

- **(B)** Deberá cumplir con todos los requisitos de pago de reclamaciones del Código de Seguros de Georgia; y
- **(C)** Deberá estar certificado como conforme con esta sección del Código por un ajustador independiente autorizado que sea funcionario de una entidad comercial autorizada bajo este capítulo.

○ **(4)** "Entidad comercial" significa una corporación, asociación, sociedad, empresa unipersonal, compañía de responsabilidad limitada, sociedad de responsabilidad limitada u otra entidad legal.

○ **(5)** "Negocio controlado de una persona" significa seguro de propiedad o accidentes para una persona o el cónyuge de una persona; para cualquier pariente por sangre o matrimonio dentro del segundo grado de parentesco según se define en el párrafo (5) de la Sección 53-4-2 del Código; para el empleador de una persona o la firma de la cual una persona es miembro; para cualquier funcionario, director, accionista o miembro del empleador de una persona o de cualquier firma de la cual una persona es socio; para cualquier cónyuge del funcionario, director, empleador, accionista o miembro de la firma de una persona; para el pupilo o empleado de una persona; o para cualquier persona o con respecto a cualquier propiedad bajo el control o supervisión de una persona en cualquier capacidad fiduciaria.

○ **(6)** "Asesor" significa cualquier persona que se dedica, anuncia o se presenta como una persona que se dedica a asesorar, aconsejar o emitir opiniones sobre los beneficios prometidos en cualquier contrato de seguro emitido u ofrecido por cualquier asegurador o sobre los términos, el valor, el efecto, las ventajas o las desventajas del contrato de seguro, que no sea un actuario o consultor que asesore a las aseguradoras. Cuando reciba un honorario, una comisión u otra compensación por este servicio, dicha persona no recibirá ninguna compensación de ninguna otra fuente sobre la misma transacción o en relación con ella.

○ **(7)** "Estado de origen" significa Canadá, el Distrito de Columbia y cualquier estado o territorio de los Estados Unidos en el que un productor o ajustador de seguros mantiene su residencia principal o su lugar principal de negocios y tiene licencia para actuar como productor o ajustador de seguros.

○ **(8)** "Ajustador independiente" significa un ajustador que representa los intereses de la aseguradora y que no es empleado de dicha aseguradora.

○ **(9)** "Seguro", excepto cuando se indique específicamente el tipo de seguro, significa todo tipo de seguro que no sea la fianza otorgada por fiadores individuales.

○ **(10)** "Productor de seguros" significa una persona que debe tener licencia según las leyes de este estado para vender, solicitar o negociar seguros.

○ **(10.1)** "Subagente limitado" significa un individuo autorizado en nombre de un agente autorizado de conformidad con la Sección 33-23-12 del Código.

○ **(11)** "Negociar" significa el acto de consultar directamente u ofrecer asesoramiento directamente a un comprador o posible comprador de un contrato de seguro en particular con respecto a cualquiera de los beneficios, términos o

condiciones sustanciales del contrato, siempre que la persona involucrada en ese acto venda seguros u obtenga seguros de aseguradoras para los compradores.

- **(12)** "Persona" significa un individuo o entidad comercial.

- **(13)** "Ajustador público" significa cualquier persona que solicita, anuncia o de otra manera acepta representar únicamente a una persona que está asegurada bajo una póliza que cubre incendio, tormenta de viento, daños por agua y otros daños físicos a bienes reales y personales que no sean vehículos con licencia para circular, y dicha representación se limitará a la liquidación de un reclamo o reclamos bajo la póliza por daños a bienes reales y personales, incluyendo la pérdida relacionada de ingresos y pérdidas de gastos de vida, pero excluyendo los reclamos que surjan de cualquier accidente automovilístico, y que, para obtener una compensación en nombre de un asegurado:

  - **(A)** Actúa o ayuda, únicamente en relación con reclamaciones de primera parte que surjan de contratos de seguro que aseguran la propiedad real o personal del asegurado, en la negociación o la realización de la liquidación de una reclamación por pérdida o daño cubierto por un contrato de seguro;

  - **(B)** Publica anuncios de empleo como ajustador público de reclamaciones de seguros o solicita negocios o se representa a sí mismo ante el público como ajustador público de reclamaciones de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguren bienes reales o personales; o

  - **(C)** Solicita negocios, investiga o ajusta pérdidas, o asesora a un asegurado sobre reclamos de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguran bienes reales o personales para otra persona dedicada al negocio de ajustar pérdidas o daños cubiertos por una póliza de seguro.

- **(14)** "Vender" significa intercambiar un contrato de seguro por cualquier medio, por dinero o su equivalente, en nombre de una compañía de seguros.

- **(15)** "Solicitar" significa intentar vender seguros o pedir o instar a una persona a solicitar un tipo particular de seguro de una compañía en particular.

- **(16)** "Subagente" significa cualquier agente autorizado, excepto según lo dispuesto en la Sección 33-23-12 del Código, que actúa para o en nombre de otro agente autorizado en la venta, solicitud o negociación de un contrato de seguro o contrato de anualidad y que tiene en archivo ante el Comisionado un certificado de autoridad de cada agente con el que el subagente coloca el seguro. Subagente también significa subproductor. El término "subagente" no incluirá:

  - **(A)** Un agente que coloca un seguro con o a través de otro agente que involucre 12 o menos pólizas o certificados de seguro en un año calendario; o

  - **(B)** Un agente que coloca seguros de líneas excedentes con o a través de un corredor de líneas excedentes únicamente con respecto a dichos seguros de líneas excedentes.

- **(17)** "Corredor de líneas excedentes" significa una persona autorizada de conformidad con la Sección 33-23-37 del Código.

- **(b)** Las definiciones de agente, subagente y consejero en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen:
  - **(1)** Un abogado admitido para ejercer en este estado, cuando maneja la cobranza de primas o asesora a clientes en materia de seguros como una función incidental al ejercicio de la abogacía o que ajusta pérdidas que son incidentales al ejercicio de su profesión;
  - **(2)** Cualquier representante de aseguradoras marítimas oceánicas;
  - **(3)** Cualquier representante de las compañías de seguros mutuos contra incendios de los agricultores según se define en el Capítulo 16 de este título;
  - **(4)** Un empleado asalariado de una empresa o agencia de informes crediticios o de carácter que no se dedique al negocio de seguros, pero que pueda informar a una aseguradora;
  - **(5)** Una persona que actúe en nombre o como agencia de cobranzas;
  - **(6)** Una persona que hace las deducciones salariales de las primas para empleados o, bajo un plan de seguro de grupo, una persona que presta servicios al titular de la póliza principal de seguro de grupo en la administración de los detalles de dicho seguro para los empleados o deudores del titular de la póliza principal o de una firma o corporación por la cual la persona está empleada y que no recibe comisiones de seguro por dicho servicio; siempre que, además, un cargo administrativo que no exceda el 5 por ciento de las primas cobradas pagadas por el asegurador a la oficina de administración no se interpretará como una comisión de seguro;
  - **(7)** Las personas exentas de licencia según lo dispuesto en la subsección (h) de la Sección 33-23-4 del Código; o
  - **(8)** Una persona que recopila información sobre reclamaciones de, o proporciona información sobre reclamaciones a, asegurados o reclamantes, que realiza la entrada de datos y que ingresa datos en un sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones, siempre que la persona sea un empleado de un ajustador independiente autorizado o su afiliado donde no más de 25 de dichas personas estén bajo la supervisión de un ajustador independiente autorizado o agente autorizado.
- **(c)** Además de los párrafos (2) a (8) de la subsección (b) de esta sección del Código, las definiciones de ajustador público, ajustador independiente y ajustador en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen a un abogado admitido para ejercer la abogacía en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 1 y § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Código de Georgia § 33-23-35

CÓDIGO DE GEORGIA DE 2023
Título 33 - SEGUROS (§§ 33-1-1 — 33-66-8) Capítulo 23 - LICENCIAS DE AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-205) Artículo 1 - AGENTES, AGENCIAS, SUBAGENTES, CONSEJEROS Y AJUSTADORES (§§ 33-23-1 — 33-23-46) Sección 33-23-1 - Definiciones

Cita universal:

Código de Georgia § 33-23-1 (2023)

Más informaciónEsta cita neutral en cuanto a los medios se basa en la Guía de citas universal de la Asociación Estadounidense de Bibliotecas de Derecho y no es necesariamente la cita oficial.

Próximo

- **(a)** Tal como se utiliza en este artículo, el término:
  - **(1)** "Ajustador" significa cualquier persona que, a cambio de una tarifa, comisión, salario u otra compensación, investiga, liquida o ajusta y presenta informes a su empleador o director con respecto a reclamos que surjan de contratos de seguros en nombre de la aseguradora o del asegurado o de una persona que supervise o administre directamente a dicha persona. El término "ajustador" no incluye:
    - **(A)** Las personas que liquiden reclamaciones derivadas de contratos de seguros de vida o marítimos o de anualidades; o
    - **(B)** Un agente o un empleado asalariado de un agente o un empleado asalariado de una aseguradora que ajusta o ayuda a ajustar pérdidas bajo pólizas emitidas por dicho agente o asegurador.
  - **(2)** "Agencia" significa una entidad comercial que representa a una o más aseguradoras y se dedica al negocio de vender, solicitar o negociar seguros. Agencia también significa una entidad comercial productora de seguros.

- **(3)** "Agente" significa una persona designada o empleada por una aseguradora que vende, solicita o negocia seguros. Agente también significa un productor de seguros individual.

- **(3.1)** "Sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones" significa un sistema informático preprogramado diseñado para la recopilación, entrada de datos, cálculo y resolución final de reclamaciones de seguros de propiedad utilizado únicamente para dispositivos electrónicos portátiles según se define en el párrafo (1) de la subsección (d) de la Sección 33-23-12 del Código que:

  - **(A)** Sólo podrá ser utilizado por un ajustador independiente autorizado, un agente autorizado o personas supervisadas que operen de conformidad con este párrafo;

  - **(B)** Deberá cumplir con todos los requisitos de pago de reclamaciones del Código de Seguros de Georgia; y

  - **(C)** Deberá estar certificado como conforme con esta sección del Código por un ajustador independiente autorizado que sea funcionario de una entidad comercial autorizada bajo este capítulo.

- **(4)** "Entidad comercial" significa una corporación, asociación, sociedad, empresa unipersonal, compañía de responsabilidad limitada, sociedad de responsabilidad limitada u otra entidad legal.

- **(5)** "Negocio controlado de una persona" significa seguro de propiedad o accidentes para una persona o el cónyuge de una persona; para cualquier pariente por sangre o matrimonio dentro del segundo grado de parentesco según se define en el párrafo (5) de la Sección 53-4-2 del Código; para el empleador de una persona o la firma de la cual una persona es miembro; para cualquier funcionario, director, accionista o miembro del empleador de una persona o de cualquier firma de la cual una persona es socio; para cualquier cónyuge del funcionario, director, empleador, accionista o miembro de la firma de una persona; para el pupilo o empleado de una persona; o para cualquier persona o con respecto a cualquier propiedad bajo el control o supervisión de una persona en cualquier capacidad fiduciaria.

- **(6)** "Asesor" significa cualquier persona que se dedica, anuncia o se presenta como una persona que se dedica a asesorar, aconsejar o emitir opiniones sobre los beneficios prometidos en cualquier contrato de seguro emitido u ofrecido por cualquier asegurador o sobre los términos, el valor, el efecto, las ventajas o las desventajas del contrato de seguro, que no sea un actuario o consultor que asesore a las aseguradoras. Cuando reciba un honorario, una comisión u otra compensación por este servicio, dicha persona no recibirá ninguna compensación de ninguna otra fuente sobre la misma transacción o en relación con ella.

- **(7)** "Estado de origen" significa Canadá, el Distrito de Columbia y cualquier estado o territorio de los Estados Unidos en el que un productor o ajustador de seguros mantiene su residencia principal o su lugar principal de negocios y tiene licencia para actuar como productor o ajustador de seguros.

- **(8)** "Ajustador independiente" significa un ajustador que representa los intereses de la aseguradora y que no es empleado de dicha aseguradora.

- **(9)** "Seguro", excepto cuando se indique específicamente el tipo de seguro, significa todo tipo de seguro que no sea la fianza otorgada por fiadores individuales.

- **(10)** "Productor de seguros" significa una persona que debe tener licencia según las leyes de este estado para vender, solicitar o negociar seguros.

- **(10.1)** "Subagente limitado" significa un individuo autorizado en nombre de un agente autorizado de conformidad con la Sección 33-23-12 del Código.

- **(11)** "Negociar" significa el acto de consultar directamente u ofrecer asesoramiento directamente a un comprador o posible comprador de un contrato de seguro en particular con respecto a cualquiera de los beneficios, términos o condiciones sustanciales del contrato, siempre que la persona involucrada en ese acto venda seguros u obtenga seguros de aseguradoras para los compradores.

- **(12)** "Persona" significa un individuo o entidad comercial.

- **(13)** "Ajustador público" significa cualquier persona que solicita, anuncia o de otra manera acepta representar únicamente a una persona que está asegurada bajo una póliza que cubre incendio, tormenta de viento, daños por agua y otros daños físicos a bienes reales y personales que no sean vehículos con licencia para circular, y dicha representación se limitará a la liquidación de un reclamo o reclamos bajo la póliza por daños a bienes reales y personales, incluyendo la pérdida relacionada de ingresos y pérdidas de gastos de vida, pero excluyendo los reclamos que surjan de cualquier accidente automovilístico, y que, para obtener una compensación en nombre de un asegurado:

  - **(A)** Actúa o ayuda, únicamente en relación con reclamaciones de primera parte que surjan de contratos de seguro que aseguran la propiedad real o personal del asegurado, en la negociación o la realización de la liquidación de una reclamación por pérdida o daño cubierto por un contrato de seguro;

  - **(B)** Publica anuncios de empleo como ajustador público de reclamaciones de seguros o solicita negocios o se representa a sí mismo ante el público como ajustador público de reclamaciones de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguren bienes reales o personales; o

  - **(C)** Solicita negocios, investiga o ajusta pérdidas, o asesora a un asegurado sobre reclamos de primera parte por pérdidas o daños que surjan de pólizas de seguro que aseguran bienes reales o personales para otra persona dedicada al negocio de ajustar pérdidas o daños cubiertos por una póliza de seguro.

- **(14)** "Vender" significa intercambiar un contrato de seguro por cualquier medio, por dinero o su equivalente, en nombre de una compañía de seguros.

- **(15)** "Solicitar" significa intentar vender seguros o pedir o instar a una persona a solicitar un tipo particular de seguro de una compañía en particular.

- **(16)** "Subagente" significa cualquier agente autorizado, excepto según lo dispuesto en la Sección 33-23-12 del Código, que actúa para o en nombre de otro agente autorizado en la venta, solicitud o negociación de un contrato de seguro o contrato de anualidad y que tiene en archivo ante el Comisionado un certificado de

autoridad de cada agente con el que el subagente coloca el seguro. Subagente también significa subproductor. El término "subagente" no incluirá:

- **(A)** Un agente que coloca un seguro con o a través de otro agente que involucre 12 o menos pólizas o certificados de seguro en un año calendario; o
- **(B)** Un agente que coloca seguros de líneas excedentes con o a través de un corredor de líneas excedentes únicamente con respecto a dichos seguros de líneas excedentes.

- **(17)** "Corredor de líneas excedentes" significa una persona autorizada de conformidad con la Sección 33-23-37 del Código.

- **(b)** Las definiciones de agente, subagente y consejero en la subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen:

- **(1)** Un abogado admitido para ejercer en este estado, cuando maneja la cobranza de primas o asesora a clientes en materia de seguros como una función incidental al ejercicio de la abogacía o que ajusta pérdidas que son incidentales al ejercicio de su profesión;

- **(2)** Cualquier representante de aseguradoras marítimas oceánicas;

- **(3)** Cualquier representante de las compañías de seguros mutuos contra incendios de los agricultores según se define en el Capítulo 16 de este título;

- **(4)** Un empleado asalariado de una empresa o agencia de informes crediticios o de carácter que no se dedique al negocio de seguros, pero que pueda informar a una aseguradora;

- **(5)** Una persona que actúe en nombre o como agencia de cobranzas;

- **(6)** Una persona que hace las deducciones salariales de las primas para empleados o, bajo un plan de seguro de grupo, una persona que presta servicios al titular de la póliza principal de seguro de grupo en la administración de los detalles de dicho seguro para los empleados o deudores del titular de la póliza principal o de una firma o corporación por la cual la persona está empleada y que no recibe comisiones de seguro por dicho servicio; siempre que, además, un cargo administrativo que no exceda el 5 por ciento de las primas cobradas pagadas por el asegurador a la oficina de administración no se interpretará como una comisión de seguro;

- **(7)** Las personas exentas de licencia según lo dispuesto en la subsección (h) de la Sección 33-23-4 del Código; o

- **(8)** Una persona que recopila información sobre reclamaciones de, o proporciona información sobre reclamaciones a, asegurados o reclamantes, que realiza la entrada de datos y que ingresa datos en un sistema automatizado de adjudicación de reclamaciones, siempre que la persona sea un empleado de un ajustador independiente autorizado o su afiliado donde no más de 25 de dichas personas estén bajo la supervisión de un ajustador independiente autorizado o agente autorizado.

- **(c)** Además de los párrafos (2) a (8) de la subsección (b) de esta sección del Código, las definiciones de ajustador público, ajustador independiente y ajustador en la

subsección (a) de esta sección del Código no se considerarán que incluyen a un abogado admitido para ejercer la abogacía en este estado.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2014 504, § 1 y § 2, en vigencia a partir del 1 de julio de 2014.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 776, § 3, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 6, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 5, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2012 727, § 4, en vigencia a partir del 1 de julio de 2012.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2008 767, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2008.

Enmendado por las Leyes de Georgia de 2001 293, § 1, en vigencia a partir del 1 de julio de 2002.

Capítulo 38. Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia

CÓDIGO DE GA § 33-38-1

El propósito de este capítulo es proteger a las personas especificadas en la subsección (b) de la Sección 33-38-2 del Código , sujeto a ciertas limitaciones, contra el incumplimiento de las obligaciones contractuales, bajo las pólizas, planes o contratos de vida, salud y anualidades especificados en la subsección (a) de la Sección 33-38-2 del Código , debido al deterioro o insolvencia de la aseguradora miembro que emite dichas pólizas, planes o contratos. Para proporcionar esta protección: (1) se crea una asociación de aseguradoras miembro para permitir la garantía del pago de beneficios y la continuación de las coberturas según lo limitado por este capítulo; (2) los miembros de la asociación están sujetos a una evaluación para proporcionar fondos para llevar a cabo el propósito de este capítulo; y (3) la asociación está autorizada a ayudar al Comisionado, de la manera prescrita, en la detección y prevención de deterioros o insolvencias de las aseguradoras.

CÓDIGO DE GA § 33-38-2

(a) Este capítulo brindará cobertura a las personas especificadas en la subsección (b) de esta sección del Código para pólizas o contratos de seguro de vida directo, no

grupal; seguro de salud que, para los fines de este capítulo, incluye contratos y certificados de suscripción de organizaciones de mantenimiento de la salud y planes de atención médica emitidos por corporaciones de atención médica; anualidades; para certificados bajo pólizas y contratos grupales directos y contratos complementarios a cualquiera de estos; y para contratos de anualidades no asignadas, en cada caso emitidos por aseguradoras miembros, excepto según lo limitado por este capítulo. Los contratos de anualidades y certificados bajo contratos de anualidades grupales incluyen, pero no se limitan a, contratos de inversión garantizada, contratos de administración de depósitos, acuerdos de financiamiento no asignado, acuerdos de financiamiento asignado, anualidades de liquidación estructurada, anualidades emitidas para o en conexión con loterías gubernamentales y cualquier contrato de anualidad inmediata o diferida.

(b)(1) La cobertura bajo este capítulo se proporcionará únicamente:

(A) A las personas que, independientemente de su lugar de residencia, excepto los titulares de certificados no residentes bajo pólizas o contratos grupales, sean los beneficiarios, cesionarios o beneficiarios, incluidos los proveedores de atención médica que presten servicios cubiertos bajo pólizas o certificados de seguro médico, de las personas cubiertas por el subpárrafo (B) de este párrafo; y

(B) A las personas que sean titulares de certificados o inscritos en dichas pólizas o contratos, excepto contratos de anualidades no asignadas y anualidades de liquidación estructurada, a las personas que sean titulares de los contratos y que:

(i) Sean residentes; o

(ii) No son residentes, pero las aseguradoras miembros que emitieron dichas pólizas o contratos están domiciliadas en este estado; los estados en los que residen dichas personas tienen asociaciones similares a la asociación creada por este capítulo; y dichas personas no son elegibles para la cobertura de una asociación en cualquier otro estado debido al hecho de que la aseguradora, la organización de mantenimiento de la salud o la corporación de atención médica no tenía licencia en el estado en el momento especificado en la ley de asociación de garantía del estado.

(2) Para los contratos de anualidades no asignadas especificados en el inciso (a) de esta sección del Código, los subpárrafos (A) y (B) del párrafo (1) de esta subsección no se aplicarán, y este capítulo, excepto lo dispuesto en los párrafos (4) y (5) de esta subsección, proporcionará cobertura a:

(A) Las personas que sean propietarias de los contratos de anualidad no asignada si los contratos se emiten para o en conexión con un plan de beneficios específico cuyo patrocinador del plan tiene su sede principal en este estado; y

(B) Personas que sean propietarias de contratos de anualidades no asignadas emitidos para o en conexión con loterías gubernamentales si los propietarios son residentes.

(3) Para las anualidades de liquidación estructurada especificadas en la subsección (a) de esta sección del Código, los subpárrafos (A) y (B) del párrafo (1) de esta subsección no se aplicarán, y este capítulo, excepto lo dispuesto en los párrafos (4) y (5) de esta subsección, proporcionará cobertura a una persona que sea un beneficiario bajo una

anualidad de liquidación estructurada, o beneficiario de un beneficiario si el beneficiario ha fallecido, si el beneficiario:

(A) Es residente, independientemente de dónde resida el propietario del contrato; o

(B) No es residente, pero sólo bajo ambas condiciones siguientes:

(i)(I) El titular del contrato de anualidad con liquidación estructurada es residente; o

(II) El propietario del contrato de anualidad de liquidación estructurada no es residente, pero la aseguradora que emitió la anualidad de liquidación estructurada está domiciliada en este estado y el estado en el que reside el propietario del contrato tiene una asociación similar a la asociación creada por este capítulo; y

(ii) Ni el beneficiario ni el titular del contrato son elegibles para la cobertura de la asociación del estado en el que reside el beneficiario o el titular del contrato.

(4) El presente capítulo no cubrirá:

(A) Una persona que sea beneficiario o receptor de un contrato que sea residente de este estado, si la asociación de otro estado le proporciona al beneficiario o receptor alguna cobertura;

(B) Una persona cubierta bajo el párrafo (2) de esta subsección, si la asociación de otro estado proporciona alguna cobertura a esa persona; o

(C) Una persona que adquiere derechos para recibir pagos a través de una transacción de factoraje de liquidación estructurada, según se define dicho término en la Sección 5891(c)(3)(A) del Título 26 del Código de los Estados Unidos , tal como existía dicho término el 23 de enero de 2002, independientemente de si la transacción ocurrió antes o después de dicha fecha.

(5) Este capítulo tiene por objeto brindar cobertura a una persona que sea residente de este estado y, en circunstancias especiales, a un no residente. Para evitar la duplicación de la cobertura, si a una persona que de otro modo recibiría cobertura en virtud de este capítulo se le brinda cobertura en virtud de las leyes de cualquier otro estado, no se le brindará cobertura en virtud de este capítulo. Al determinar la aplicación de las disposiciones de esta subsección en situaciones en las que una persona podría estar cubierta por la asociación de más de un estado, ya sea como propietario, beneficiario, inscripto, beneficiario o cesionario, este capítulo se interpretará en conjunto con otras leyes estatales para dar como resultado la cobertura de una sola asociación.

(c) Salvo que se disponga lo contrario en la subsección (d) de esta sección del Código, este capítulo no proporcionará cobertura a:

(1) Aquella porción o parte de una póliza o contrato no garantizada por una aseguradora miembro, o bajo la cual el riesgo es asumido por el propietario de la póliza o contrato;

(2) Una póliza o contrato de reaseguro o cualquier póliza o contrato o parte de ellos asumidos por el asegurador deteriorado o insolvente en virtud de un contrato de reaseguro, a menos que se hayan emitido certificados de asunción de conformidad con la póliza o contrato de reaseguro;

(3) Una parte de una póliza o contrato en la medida en que la tasa de interés en la que se basa, o la tasa de interés, la tasa de acreditación o un factor similar determinado mediante el uso de un índice u otra referencia externa establecida en la póliza o contrato empleado para calcular los rendimientos o los cambios en el valor:

(A) Promediado durante el período de cuatro años anterior a la fecha en que la aseguradora miembro se convierta en una aseguradora deteriorada o insolvente bajo este capítulo, lo que ocurra primero, excede la tasa de interés determinada restando dos puntos porcentuales del Promedio de Rendimiento de Bonos Corporativos de Moody's promediado para ese mismo período de cuatro años o para dicho período menor si la póliza o contrato se emitió menos de cuatro años antes de que la aseguradora miembro se convierta en una aseguradora deteriorada o insolvente bajo este capítulo, lo que ocurra primero; y

(B) A partir de la fecha en que la aseguradora miembro se convierta en una aseguradora insolvente o en una aseguradora en situación de deterioro conforme a este capítulo, lo que ocurra primero, exceda la tasa de interés determinada restando tres puntos porcentuales del Promedio de Rendimiento de Bonos Corporativos de Moody's, según esté disponible más recientemente;

(4) Cualquier plan de servicios legales prepagos, según se define en la Sección 33-35-2 del Código ;

(5) Cualquier póliza, contrato o certificado emitido por una sociedad de beneficio fraternal, según se define en la Sección 33-15-1 del Código ;

(6) Seguro de accidentes y enfermedades según se define en la Sección 33-7-2 del Código cuando lo suscribe una aseguradora de propiedades y accidentes como parte de un contrato de seguro de automóvil;

(7) Una parte de una póliza o contrato emitido para un plan o programa de un empleador, asociación u otra persona para brindar beneficios de vida, salud o anualidad a sus empleados, miembros u otros, en la medida en que el plan o programa sea autofinanciado o no esté asegurado, incluidos, entre otros, los beneficios pagaderos por un empleador, asociación u otra persona en virtud de:

(A) Un acuerdo de bienestar entre empleadores múltiples según se define en la Sección 1002(40) del Título 29 del Código de los Estados Unidos ;

(B) Un plan de seguro grupal con prima mínima;

(C) Una póliza de seguro de stop loss; o

(D) Un contrato únicamente de servicios administrativos;

(8) Una parte de una póliza o contrato en la medida en que prevea:

(A) Dividendos o créditos por calificación de experiencia;

(B) Derechos de voto; o

(C) El pago de cualquier tarifa o asignación a cualquier persona, incluido el propietario de la póliza o del contrato, en relación con el servicio o la administración de la póliza o del contrato;

(9) Una póliza o contrato emitido en este estado por una aseguradora miembro en un momento en el que no tenía licencia o no tenía un certificado de autoridad para emitir la póliza o el contrato en este estado;

(10) Cualquier contrato de anualidad no asignada emitido para un plan de beneficios para empleados protegido por la Corporación de Garantía de Beneficios de Pensiones federal, independientemente de si la Corporación de Garantía de Beneficios de Pensiones federal ya se ha vuelto responsable de realizar algún pago con respecto al plan de beneficios;

(11) Cualquier parte de cualquier contrato de anualidad no asignada que no se emita para o en conexión con un plan de beneficios de un empleado, sindicato o asociación de personas naturales específico o una lotería del gobierno;

(12) Una parte de una póliza o contrato en la medida en que las evaluaciones requeridas por la Sección 33-38-15 del Código con respecto a la póliza o contrato sean sustituidas por la ley federal o estatal;

(13) Una obligación que no surge de los términos escritos expresos de la póliza o contrato emitido por la aseguradora miembro al afiliado, titular del certificado, propietario del contrato o propietario de la póliza, incluyendo, entre otros:

(A) Reclamaciones basadas en materiales de marketing;

(B) Reclamaciones basadas en cartas complementarias, cláusulas adicionales u otros documentos emitidos por la aseguradora miembro sin cumplir con los requisitos de presentación o aprobación de la póliza o formulario de contrato correspondiente;

(C) Tergiversaciones de o relacionadas con los beneficios de la póliza o del contrato;

(D) Reclamaciones extracontractuales; o

(E) Una reclamación por sanciones o daños consecuentes o incidentales;

(14) Un acuerdo contractual que establece las obligaciones del asegurador miembro de proporcionar una garantía contable del valor contable para los participantes de un plan de beneficios de contribución definida con referencia a una cartera de activos que es propiedad del plan de beneficios o su fiduciario, que en cada caso no es una afiliada del asegurador miembro;

(15) Una parte de una póliza o contrato en la medida en que estipule que los intereses u otros cambios en el valor se determinen mediante el uso de un índice u otra referencia externa establecida en la póliza o contrato, pero que no se hayan acreditado a la póliza o contrato, o en relación con los cuales los derechos del titular de la póliza o contrato estén sujetos a pérdida, a partir de la fecha en que la aseguradora miembro se convierta en una aseguradora en situación de deterioro o insolvencia conforme a este capítulo, lo que ocurra primero. Si los intereses o los cambios en el valor de una póliza o contrato se acreditan con una frecuencia menor a la anual, entonces, para los fines de determinar los valores que se han acreditado y no están sujetos a pérdida conforme a este párrafo, los intereses o cambios en el valor determinados mediante el uso de los procedimientos definidos en la póliza o contrato se acreditarán como si la fecha contractual de acreditación de los intereses o los cambios en los valores fuera la fecha de deterioro o insolvencia, lo que ocurra primero, y no estarán sujetos a pérdida;

(16) Una póliza o contrato que proporcione cualquier beneficio hospitalario, médico, de medicamentos recetados u otros beneficios de atención médica de conformidad con la Parte C o la Parte D del Subcapítulo XVIII, Capítulo 7 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, comúnmente conocido como Medicare Parte C y D, Subcapítulo XIX, Capítulo 7 del Título 42 del Código de los Estados Unidos (comúnmente conocido como Medicaid), o cualquier reglamento emitido de conformidad con el mismo; o

(17) Beneficios de anualidades de liquidación estructurada a los cuales un beneficiario ha transferido sus derechos en una transacción de factoraje de liquidación estructurada, según se define dicho término en la Sección 5891(c)(3)(A) del Título 26 del Código de los Estados Unidos tal como existía dicho término el 23 de enero de 2002, independientemente de si la transacción ocurrió antes o después de dicha fecha.

(d) La exclusión de la cobertura a que se refiere el párrafo (3) de la subsección (c) de esta sección del Código no se aplicará a ninguna parte de una póliza o contrato, incluido un anexo, que proporcione atención a largo plazo para cualquier otro beneficio de seguro de salud.

(e) Las disposiciones de esta sección del Código se aplicarán únicamente a la cobertura que brinda la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia en relación con cualquier aseguradora miembro que se encuentre bajo una orden de liquidación con una declaración de insolvencia a partir del 1 de julio de 2020.

CÓDIGO DE GA § 33-38-3

Este capítulo se interpretará para efectuar el propósito establecido en la Sección 33-38-1 del Código .

Tal como se utiliza en este capítulo, el término:

(1) “Cuenta” significa cualquiera de las dos cuentas creadas según la Sección 33-38-5 del Código .

(2) “Afiliado” significa cualquier persona que, directa o indirectamente a través de uno o más intermediarios, controla, es controlada por o está bajo control común con la persona especificada.

(3) “Asociación” significa la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia creada según la Sección 33-38-5 del Código .

(4) “Tasa autorizada”, o “autorizado” cuando se utiliza en el contexto de las tasas, significa que la junta directiva de la asociación ha aprobado una resolución por la cual se solicitará una tasación de inmediato o en el futuro a las aseguradoras miembros por un monto específico. Una tasación se autoriza cuando se aprueba la resolución.

(5) “Plan de beneficios” significa un plan de beneficios específico para un empleado, sindicato o asociación de personas naturales.

(6) “Tasa solicitada”, o “solicitada” cuando se utiliza en el contexto de las tasas, significa que la asociación ha emitido un aviso a las aseguradoras miembro exigiendo que se pague una tasación autorizada dentro del plazo establecido en el aviso. Una tasación

autorizada se convierte en una tasa solicitada cuando la asociación envía un aviso por correo a las aseguradoras miembro.

(7) “Obligación contractual” significa cualquier obligación bajo una póliza, contrato o certificado cubierto bajo una póliza o contrato grupal, o parte de este para el cual se proporciona cobertura bajo la Sección 33-38-2 del Código .

(8) “Control” o “controlado” significa la posesión, directa o indirecta, del poder para dirigir o causar la dirección de la gestión y las políticas de una persona, ya sea a través de la propiedad de valores con derecho a voto, mediante un contrato que no sea un contrato comercial de bienes o servicios no administrativos, o de otra manera.

(9) “Contrato cubierto” o “póliza cubierta” significa una póliza o contrato o parte de una póliza o contrato para el cual se proporciona cobertura según la Sección 33-38-2 del Código .

(10) “Reclamaciones extracontractuales” incluirán, por ejemplo, cualquier reclamación no autorizada por, o fuera del alcance de, la póliza o contrato subyacente, incluyendo cualquier reclamación basada en mala fe, daños punitivos o ejemplares, daños triples, intereses previos o posteriores al juicio, honorarios de abogados o costos de litigio.

(11) “Plan de beneficios de salud” significa cualquier póliza o certificado de gastos médicos o de hospitalización, contrato de suscripción a una organización de mantenimiento de la salud o cualquier otro contrato de salud similar. Este término no incluye:

(A) Seguro de accidentes únicamente;

(B) Seguro de crédito;

(C) Seguro únicamente dental;

(D) Seguro de visión únicamente;

(E) Seguro complementario de Medicare;

(F) Beneficios de atención a largo plazo, atención médica domiciliaria, atención comunitaria o cualquier combinación de los mismos;

(G) Seguro de ingresos por invalidez;

(H) Cobertura para clínicas médicas en el lugar; o

(I) Seguro de enfermedad específica, indemnización por hospitalización o seguro de salud con beneficios limitados si los tipos de cobertura no prevén coordinación de beneficios y se proporcionan bajo pólizas o certificados separados.

(12) “Corporación de atención médica” significa una corporación establecida de conformidad con las disposiciones del Capítulo 20 del Título 33 para administrar uno o más planes de atención médica según se define en la Sección 33-20-3(4) del Código .

(13) “Asegurador deteriorado” significa un asegurador miembro que no es un asegurador insolvente y que se encuentra bajo una orden de rehabilitación o conservación por un tribunal de jurisdicción competente.

(14) “Asegurador insolvente” significa un asegurador miembro contra el cual un tribunal de jurisdicción competente ha dictado una orden de liquidación que contiene una constatación de insolvencia.

(15) “Asegurador miembro” significa cualquier asegurador, organización de mantenimiento de la salud o corporación de atención médica que tenga licencia o un certificado de autoridad para realizar transacciones en este estado con cualquier tipo de seguro, plan de atención médica u organización de mantenimiento de la salud para los cuales se brinda cobertura bajo la Sección 33-38-2 del Código e incluye cualquier asegurador, corporación de atención médica u organización de mantenimiento de la salud cuya licencia o certificado de autoridad en este estado pueda haber sido suspendido, revocado, no renovado o retirado voluntariamente, pero no incluye:

(A) Una sociedad de beneficio fraternal;

(B) Un plan obligatorio de agrupación estatal;

(C) Una compañía de evaluación mutua o cualquier entidad que opere sobre una base de evaluación;

(D) Una bolsa de seguros;

(E) Una organización que tenga un certificado o licencia limitada a la emisión de anualidades de donaciones caritativas según las Secciones 33-58-1 a 33-58-6 del Código ; o

(F) Cualquier entidad similar a las descritas en los subpárrafos (A) a (E) de este párrafo.

(16) “Promedio de rendimiento de bonos corporativos de Moody's” significa el promedio mensual de rendimiento de bonos corporativos publicado por Moody's Investors Service, Inc., o cualquier sucesor del mismo.

(17) “Propietario” de una póliza o contrato, “asegurado”, “propietario de la póliza” y “propietario del contrato” significan la persona que se identifica como el propietario legal según los términos de la póliza o contrato o que de otra manera tiene el título legal de la póliza o contrato a través de una cesión válida completada de acuerdo con los términos de la póliza o contrato y debidamente registrada como el propietario en los libros de la aseguradora miembro. Los términos “propietario”, “propietario del contrato”, “asegurado” y “propietario de la póliza” no incluirán a las personas con un mero interés beneficioso en una póliza o contrato.

(18) “Persona” significa cualquier individuo, corporación, compañía de responsabilidad limitada, sociedad, asociación, organismo o entidad gubernamental u organización voluntaria.

(19) “Patrocinador del plan” significa:

(A) El empleador en el caso de un plan de beneficios establecido o mantenido por un solo empleador;

(B) La organización de empleados en el caso de un plan de beneficios establecido o mantenido por una organización de empleados; o

(C) En el caso de un plan de beneficios establecido o mantenido por dos o más empleadores o conjuntamente por uno o más empleadores y una o más organizaciones de empleados, la asociación, comité, junta directiva conjunta u otro grupo similar de representantes de las partes que establecen o mantienen el plan de beneficios.

(20) “Primas” significa los montos o contraprestaciones, cualquiera sea su nombre, recibidos en virtud de pólizas o contratos cubiertos, menos las primas devueltas, las contraprestaciones y los depósitos correspondientes y menos los dividendos y los créditos por experiencia. El término “primas” no incluirá:

(A) Cantidades o contraprestaciones recibidas por pólizas o contratos o por las porciones de pólizas o contratos para las cuales no se proporciona cobertura bajo este capítulo, excepto que la prima evaluable no se reducirá debido al párrafo (3) de la subsección (c) de la Sección 33-38-2 del Código , relacionado con las limitaciones de interés, y el párrafo (12) de la Sección 33-38-7 del Código , relacionado con las limitaciones con respecto a un individuo, un participante y un propietario de póliza o contrato;

(B) Primas superiores a $5 millones en un contrato de anualidad no asignada; o

(C) Con respecto a múltiples pólizas de seguro de vida no grupales propiedad de un propietario, ya sea que el propietario de la póliza o contrato sea un individuo, una empresa, una corporación u otra persona, y ya sea que las personas aseguradas sean funcionarios, gerentes, empleados u otras personas, primas que excedan los $5 millones con respecto a estas pólizas o contratos, independientemente del número de pólizas o contratos que tenga el propietario.

(21)(A) “Lugar principal de negocios” de un patrocinador de un plan o de una persona que no sea una persona natural significa el estado único en el que las personas naturales que establecen la política para la dirección, el control y la coordinación de las operaciones de la entidad en su conjunto ejercen principalmente esa función, determinada por la asociación a su juicio razonable considerando los siguientes factores:

(i) El estado en el que se encuentra la sede ejecutiva y administrativa principal de la entidad;

(ii) El estado en el que se encuentra la oficina principal del director ejecutivo de la entidad;

(iii) El estado en el que el consejo de administración, o persona o personas rectoras similares, de la entidad lleva a cabo la mayoría de sus reuniones;

(iv) El estado en el que el comité ejecutivo o de gestión del consejo de administración, o persona o personas rectoras similares, de la entidad lleva a cabo la mayoría de sus reuniones;

(v) El Estado desde el cual se dirige la gestión de las operaciones generales de la entidad; y

(vi) En el caso de un plan de beneficios patrocinado por compañías afiliadas que comprenden una corporación consolidada, el estado en el que la compañía

controladora o afiliada controladora tiene su lugar principal de negocios, según se determina utilizando los factores anteriores.

Sin embargo, en el caso de un patrocinador de un plan, si más del 50 por ciento de los participantes en el plan de beneficios están empleados en un solo estado, ese estado se considerará el lugar principal de negocios del patrocinador del plan.

(B) El lugar principal de negocios de un patrocinador de un plan de un plan de beneficios descrito en el subpárrafo (C) del párrafo (19) de esta sección del Código se considerará el lugar principal de negocios de la asociación, comité, junta conjunta de fideicomisarios u otro grupo similar de representantes de las partes que establecen o mantienen el plan de beneficios que, en lugar de una designación específica o clara de un lugar principal de negocios, se considerará el lugar principal de negocios del empleador o la organización de empleados que tenga la mayor inversión en el plan de beneficios en cuestión.

(22) “Tribunal de administración judicial” significa el tribunal del estado de la aseguradora insolvente o en dificultades que tiene jurisdicción sobre la conservación, rehabilitación o liquidación de la aseguradora miembro.

(23) “Residente” significa cualquier persona que resida en este estado en el momento en que se determine que una aseguradora miembro es una aseguradora en situación de deterioro o insolvente y a la que se le deben obligaciones contractuales. Una persona puede ser residente de un solo estado, que, en el caso de una persona que no sea una persona física, será su sede principal de negocios. Los ciudadanos de los Estados Unidos que sean residentes de países extranjeros o residentes de posesiones, territorios o protectorados de los Estados Unidos que no tengan una asociación similar a la asociación creada por este capítulo se considerarán residentes del estado de domicilio de la aseguradora miembro que emitió las pólizas o contratos.

(24) “Estado” significa un estado, el Distrito de Columbia, Puerto Rico y una posesión, territorio o protectorado de los Estados Unidos.

(25) “Anualidad de acuerdo estructurado” significa una anualidad comprada para financiar pagos periódicos para un demandante u otro reclamante en pago por o con respecto a una lesión personal sufrida por el demandante u otro reclamante.

(26) “Contrato complementario” significa un acuerdo escrito celebrado para la distribución de los ingresos bajo una póliza o contrato de vida, salud o anualidad.

(27) “Contrato de anualidad no asignado” significa un contrato de anualidad o un certificado de anualidad grupal que no se emite a un individuo ni es propiedad de este, excepto en la medida de los beneficios de anualidad garantizados a un individuo por una aseguradora bajo el contrato o certificado.

CÓDIGO DE GA § 33-38-5

(a) Se crea una asociación sin fines de lucro, no incorporada, que se conocerá como la Asociación de Garantía de Seguros de Salud y Vida de Georgia. Todas las aseguradoras miembros serán y seguirán siendo miembros de la asociación como condición de su autoridad para realizar transacciones de seguros, negocios de organizaciones de mantenimiento de la salud o negocios de corporaciones de atención médica en este estado. La asociación desempeñará sus funciones de acuerdo con el

plan de operaciones establecido y aprobado de conformidad con la Sección 33-38-8 del Código y ejercerá sus poderes a través de una junta directiva establecida de conformidad con la Sección 33-38-6 del Código .

(b) La asociación estará bajo la supervisión inmediata del Comisionado y estará sujeta a las disposiciones aplicables de las leyes de seguros de este estado.

(c) Para efectos de administración y evaluación, la asociación mantendrá dos cuentas: (1) la cuenta de seguro de salud; y (2) la cuenta de seguro de vida y anualidades. La cuenta de seguro de vida y anualidades contendrá tres subcuentas: (A) la cuenta de seguro de vida; (B) la cuenta de anualidades; y (C) la cuenta de anualidades no asignadas.

(d) Para efectos de evaluación, los contratos complementarios se cubrirán en la cuenta en que se encuentre cubierta la póliza básica.

CÓDIGO DE GA § 33-38-6

(a) La junta directiva de la asociación estará compuesta por no menos de siete ni más de 11 aseguradores miembros que cumplirán los términos establecidos en el plan de operaciones. Los miembros de la junta serán seleccionados por el Comisionado de una lista proporcionada al Comisionado por la junta. Las vacantes en la junta se cubrirán por el período restante del mandato por una mayoría de votos de los miembros restantes de la junta, sujeto a la aprobación del Comisionado.

(b) Al aprobar la selección de miembros de la junta, el Comisionado considerará, entre otras cosas, si todas las aseguradoras miembros están representadas de manera justa.

(c) Los miembros de la junta directiva podrán ser reembolsados con los activos de la asociación por los gastos razonables en que incurran en su calidad de miembros de la junta directiva, pero la asociación no compensará de ninguna otra manera a los miembros de la junta por sus servicios.

CÓDIGO DE GA § 33-38-7

(a) Además de los poderes y deberes enumerados en otras partes de este capítulo, la asociación tendrá los siguientes poderes y deberes:

(1) Si un asegurador miembro es un asegurador en dificultades, la asociación, sujeta a cualquier condición, excepto aquellas condiciones que perjudiquen las obligaciones contractuales del asegurador en dificultades, impuestas por la asociación y aprobadas por el Comisionado, puede, a su discreción:

(A) Garantizar, asumir, reemitir o reasegurar, o hacer que se garanticen, asuman, reemitan o reaseguren, cualquiera o todas las pólizas o contratos cubiertos de la aseguradora perjudicada; y

(B) Proporcionar los fondos, garantías, préstamos, pagarés, garantías u otros medios que sean adecuados para hacer efectivo el subpárrafo (A) de este párrafo y asegurar el pago de las obligaciones contractuales de la aseguradora perjudicada en espera de la acción bajo el subpárrafo (A) de este párrafo; y

(2) Si un asegurador miembro es un asegurador insolvente, la asociación, a su discreción, podrá:

(A)(i)(I) Garantizar, asumir, reemitir o reasegurar, o hacer que se garanticen, asuman, reemitan o reaseguren, las pólizas o contratos cubiertos de la aseguradora insolvente; o

(II) Asegurar el pago de las obligaciones contractuales del asegurador insolvente; y

(ii) Proporcionar dinero, prendas, préstamos, pagarés, garantías u otros medios que sean razonablemente necesarios para cumplir con los deberes de la asociación; o

(B) Proporcionar beneficios y coberturas de conformidad con las siguientes disposiciones:

(i) Con respecto a las pólizas y contratos, asegurar el pago de los beneficios que habrían sido pagaderos bajo las pólizas o contratos de la aseguradora insolvente, por reclamaciones incurridas:

(I) Con respecto a las pólizas y contratos grupales, no más tarde de la primera de las siguientes fechas: la siguiente fecha de renovación de dichas pólizas o contratos o 45 días, pero en ningún caso menos de 30 días, después de la fecha en que la asociación se vuelve obligada con respecto a las pólizas y contratos; y

(II) Con respecto a pólizas, contratos y anualidades no grupales, no más tarde de la primera de las siguientes fechas: la siguiente fecha de renovación, si la hubiera, conforme a las pólizas o contratos, o un año, pero en ningún caso menos de 30 días, a partir de la fecha en que la asociación se vuelve obligada con respecto a las pólizas o contratos;

(ii) Realizar esfuerzos diligentes para proporcionar a todos los asegurados, inscritos o rentistas conocidos, en el caso de pólizas y contratos no grupales, o a los propietarios de pólizas o contratos grupales en el caso de pólizas y contratos grupales, un aviso de 30 días sobre la terminación, de conformidad con la división (i) de este subpárrafo, de los beneficios provistos;

(iii) Con respecto a las pólizas y contratos no grupales cubiertos por la asociación, poner a disposición de cada asegurado, inscrito o rentista conocido, o propietario si es distinto del asegurado o rentista, y con respecto a un individuo anteriormente asegurado, inscrito o rentista bajo una póliza o contrato grupal que no es elegible para una cobertura grupal de reemplazo, poner a disposición una cobertura sustituta de manera individual de conformidad con las disposiciones de la división (iv) de este subpárrafo, si los asegurados, inscritos o rentistas tenían un derecho bajo la ley o la póliza, contrato o anualidad terminada de convertir la cobertura en cobertura individual o de continuar una póliza, contrato o anualidad individual en vigencia hasta una edad específica o por un tiempo específico, durante el cual la aseguradora, la organización de mantenimiento de la salud o la corporación de atención médica no tenían derecho a realizar cambios unilateralmente en ninguna disposición de la póliza, contrato o anualidad o tenían derecho solo a realizar cambios en la prima por clase;

(iv) Al proporcionar la cobertura sustitutiva requerida en virtud de la división (iii) de este subpárrafo, la asociación puede ofrecer reemitir la cobertura terminada o emitir una

póliza o contrato alternativo a tasas actuarialmente justificadas, sujeto a la aprobación previa del Comisionado. Las pólizas o contratos alternativos o reeditados se ofrecerán sin exigir evidencia de asegurabilidad y no preverán ningún período de espera o exclusión que no se hubiera aplicado en virtud de la póliza o contrato terminado. La asociación puede reasegurar cualquier póliza o contrato alternativo o reeditado;

(v)(I) Las políticas o contratos alternativos que adopte la asociación estarán sujetos a la aprobación del Comisionado. La asociación podrá adoptar políticas o contratos alternativos de diversos tipos para su emisión futura sin tener en cuenta ningún impedimento o insolvencia en particular.

(II) Las pólizas o contratos alternativos deberán contener al menos las disposiciones legales mínimas requeridas en este estado y brindar beneficios que no sean irrazonables en relación con la prima cobrada. La asociación deberá fijar la prima de acuerdo con una tabla de tarifas que adoptará. La prima deberá reflejar la cantidad del seguro que se proporcionará y la edad y clase de riesgo de cada asegurado, pero no deberá reflejar ningún cambio en la salud del asegurado después de la última suscripción de la póliza original.

(III) Cualquier póliza o contrato alternativo emitido por la asociación deberá proporcionar cobertura de un tipo similar a la de la póliza o contrato emitido por la aseguradora deteriorada o insolvente, según lo determine la asociación;

(vi) Si la asociación opta por volver a emitir la cobertura terminada a una tasa de prima diferente de la cobrada bajo la póliza o contrato terminado, la prima deberá ser justificada actuarialmente y fijada por la asociación de acuerdo con el monto del seguro o cobertura provisto y la edad y clase de riesgo, sujeto a la aprobación previa del Comisionado;

(vii) Las obligaciones de la asociación con respecto a la cobertura bajo cualquier póliza o contrato de la aseguradora deteriorada o insolvente o bajo cualquier póliza o contrato reeditado o alternativo cesarán en la fecha en que la cobertura, póliza o contrato sea reemplazado por otra póliza o contrato similar por el propietario de la póliza o contrato, el asegurado, el afiliado o la asociación; y

(viii) Al proceder bajo este subpárrafo con respecto a una póliza o contrato que tenga tasas de interés mínimas garantizadas, la asociación deberá asegurar el pago o acreditamiento de una tasa de interés consistente con el párrafo (3) de la subsección (c) de la Sección 33-38-2 del Código ;

(3) La falta de pago de las primas dentro de los 31 días siguientes a la fecha requerida según los términos de cualquier póliza o contrato garantizado, asumido, alternativo o reemitido o cobertura sustituta terminará las obligaciones de la asociación bajo la póliza, contrato o cobertura según este capítulo con respecto a la póliza, contrato o cobertura, excepto con respecto a cualquier reclamo incurrido o cualquier valor de rescate neto en efectivo que pueda deberse de acuerdo con las disposiciones de este capítulo;

(4) Las primas debidas por cobertura después de dictarse una orden de liquidación de una aseguradora insolvente pertenecerán a la asociación y serán pagaderas según sus instrucciones. La asociación será responsable de las primas no devengadas

adeudadas a los titulares de pólizas o contratos que surjan después de dictarse la orden;

(5) La protección provista por este capítulo no se aplicará cuando se proporcione protección de garantía a los residentes de este estado por las leyes del estado o jurisdicción de domicilio de la aseguradora insolvente o en problemas que no sea este estado;

(6) Al cumplir con sus deberes según el párrafo (2) de esta sección del Código, la asociación puede:

(A) Sujeto a la aprobación de un tribunal de este estado, imponer gravámenes permanentes sobre pólizas o contratos en relación con un acuerdo de garantía, asunción o reaseguro, si la asociación determina que los montos que se pueden evaluar de conformidad con este capítulo son menores que los montos necesarios para asegurar el cumplimiento completo y rápido de los deberes de la asociación de conformidad con este capítulo, o que las condiciones económicas o financieras que afectan a las aseguradoras miembros son lo suficientemente adversas como para hacer que la imposición de dichos gravámenes permanentes sobre pólizas o contratos sea de interés público; y

(B) Sujeto a la aprobación de un tribunal de este estado, imponer moratorias temporales o gravámenes sobre los pagos de valores en efectivo y préstamos de pólizas, o cualquier otro derecho a retirar fondos mantenidos en conjunto con pólizas o contratos, además de cualquier disposición contractual para el aplazamiento del efectivo o valor de préstamo de póliza. Además, en caso de una moratoria temporal o cargo de moratoria impuesta por el tribunal de administración judicial sobre el pago de valores en efectivo o préstamos de pólizas, o sobre cualquier otro derecho a retirar fondos mantenidos en conjunto con pólizas o contratos, de los activos de la aseguradora deteriorada o insolvente, la asociación puede diferir el pago de valores en efectivo, préstamos de pólizas u otros derechos de la asociación durante el período de la moratoria o cargo de moratoria impuesto por el tribunal de administración judicial, excepto por las reclamaciones cubiertas por la asociación que se pagarán de acuerdo con un procedimiento de dificultades establecido por el liquidador o rehabilitador y aprobado por el tribunal de administración judicial;

(7) Un depósito en este estado, mantenido de conformidad con la ley o requerido por el Comisionado para el beneficio de los acreedores, incluidos los propietarios de pólizas o contratos, que no se entregue al liquidador domiciliado al momento de la entrada de una orden final de liquidación o una orden que apruebe un plan de rehabilitación de una aseguradora domiciliada en este estado o en un estado recíproco, de conformidad con las Secciones 33-3-8 a 33-3-10 del Código , se pagará de inmediato a la asociación. La asociación tendrá derecho a retener una parte de cualquier monto que se le pague de esa manera, igual al porcentaje determinado al dividir el monto total de los reclamos de los propietarios de pólizas o contratos relacionados con esa insolvencia para la cual la asociación ha proporcionado beneficios legales por el monto total de todos los reclamos de los propietarios de pólizas o contratos en este estado relacionados con esa insolvencia y remitirá al receptor domiciliario el monto pagado de esa manera a la asociación menos el monto retenido de conformidad con este párrafo. Cualquier monto

pagado a la asociación y retenido por ella se considerará como una distribución de los activos del patrimonio de conformidad con la ley de sindicatura estatal aplicable que trata sobre los desembolsos de acceso anticipado.

(8) Si la asociación no actúa dentro de un período de tiempo razonable con respecto a una aseguradora insolvente, como se dispone en el párrafo (2) de esta sección del Código, el Comisionado tendrá los poderes y deberes de la asociación bajo este capítulo con respecto a las aseguradoras insolventes;

(9) A solicitud del Comisionado, la asociación podrá prestarle asistencia y asesoramiento en relación con la rehabilitación, el pago de reclamaciones, la continuidad de la cobertura o el cumplimiento de otras obligaciones contractuales de cualquier aseguradora insolvente o en dificultades;

(10) La asociación tendrá legitimidad para comparecer o intervenir ante cualquier tribunal o agencia en este estado con jurisdicción sobre una aseguradora deteriorada o insolvente respecto de la cual la asociación esté o pueda llegar a estar obligada conforme a este capítulo o con jurisdicción sobre cualquier persona o propiedad contra la cual la asociación pueda tener derechos a través de subrogación o de otra manera. Dicha legitimidad se extenderá a todos los asuntos relacionados con los poderes y deberes de la asociación, incluyendo, entre otros, propuestas para reasegurar, reemitir, modificar o garantizar las pólizas o contratos de la aseguradora deteriorada o insolvente y la determinación de las pólizas o contratos y las obligaciones contractuales. La asociación también tendrá derecho a comparecer o intervenir ante un tribunal o agencia en otro estado con jurisdicción sobre una aseguradora deteriorada o insolvente respecto de la cual la asociación esté o pueda llegar a estar obligada o con jurisdicción sobre cualquier persona o propiedad contra la cual la asociación pueda tener derechos a través de subrogación o de otra manera;

(11)(A) Se considerará que toda persona que reciba beneficios conforme a este capítulo ha cedido a la asociación los derechos y las causas de acción en contra de cualquier persona por pérdidas que surjan de, resulten de, o de otra manera estén relacionadas con la póliza o contrato cubierto, en la medida de los beneficios recibidos debido a este capítulo, ya sea que los beneficios sean pagos de o a cuenta de obligaciones contractuales, continuación de la cobertura o provisión de pólizas, contratos o coberturas sustitutos o alternativos. La asociación puede exigir una cesión a su favor de dichos derechos y causas de acción por parte de cualquier afiliado, beneficiario, dueño de póliza o contrato, beneficiario, asegurado o rentista como condición precedente para la recepción de cualquier derecho o beneficio conferido por este capítulo a dicha persona. La asociación se subrogará a estos derechos contra los activos de cualquier asegurador en dificultades o insolvente.

(B) Los derechos de subrogación de la asociación bajo este párrafo tendrán la misma prioridad contra los activos del asegurador perjudicado o insolvente que los que posee la persona con derecho a recibir beneficios bajo este capítulo.

(C) Además de los subpárrafos (A) y (B) de este párrafo, la asociación tendrá todos los derechos de subrogación de derecho consuetudinario y cualquier otro recurso equitativo o legal que hubiera estado disponible para el asegurador o propietario,

beneficiario, inscrito o beneficiario de una póliza o contrato en situación de deterioro o insolvencia con respecto a la póliza o los contratos.

(D) Si los subpárrafos (A) a (C) de este párrafo son inválidos o ineficaces con respecto a cualquier persona o reclamo por cualquier motivo, el monto a pagar por la asociación con respecto a las obligaciones cubiertas relacionadas se reducirá por el monto obtenido por cualquier otra persona con respecto a la persona o reclamo que sea atribuible a las pólizas o contratos, o parte de ellos, cubiertos por la asociación.

(E) Si la asociación ha proporcionado beneficios con respecto a una obligación cubierta y una persona recupera montos sobre los cuales la asociación tiene derechos según se describe en este párrafo, la persona deberá pagar a la asociación la parte de la recuperación atribuible a las pólizas o contratos, o parte de los mismos, cubiertos por la asociación;

(12) Los beneficios que la asociación pueda llegar a estar obligada a cubrir no podrán exceder en ningún caso el menor de los siguientes:

(A) Las obligaciones contractuales por las cuales el asegurador miembro es responsable o habría sido responsable si no fuera un asegurador en situación de deterioro o insolvente;

(B) Respecto de una vida, independientemente del número de pólizas o contratos:

(i) La cantidad de $300,000.00 en beneficios por muerte de seguro de vida, pero no más de $100,000.00 en valores netos de rescate en efectivo y de retiro neto en efectivo para seguro de vida;

(ii) Para beneficios de seguro de salud, $300,000.00 para seguro de ingresos por discapacidad; $300,000.00 para seguro de cuidados a largo plazo; $300,000.00 para seguro de salud que no sea seguro de ingresos por discapacidad como se menciona anteriormente, seguro de cuidados a largo plazo como se menciona anteriormente o planes de beneficios de salud como se menciona a continuación, incluyendo cualquier valor neto de rescate en efectivo y de retiro en efectivo neto; y $500,000.00 para planes de beneficios de salud; y

(iii) La cantidad de $300,000.00 en valor presente de los beneficios de la anualidad, pero no más de $250,000.00 en valores netos de rescate en efectivo y de retiro neto en efectivo para una anualidad;

(C) Con respecto a cada beneficiario de una anualidad de liquidación estructurada, o beneficiario o beneficiarios del beneficiario si fallece, $300,000.00 en beneficios de anualidad de valor presente, en total, incluidos los valores netos de entrega en efectivo y de retiro en efectivo, si los hubiera;

(D) Sin embargo, en ningún caso la asociación estará obligada a cubrir más de:

(i) Un total de $300,000.00 en beneficios con respecto a cualquier vida según los subpárrafos (B) y (C) de este párrafo, excepto con respecto a los beneficios de los planes de beneficios de salud según la división (ii) de este subpárrafo, en cuyo caso la responsabilidad total de la asociación no excederá los $500,000.00 con respecto a ningún individuo; o

(ii) Con respecto a un propietario de múltiples pólizas de seguro de vida no grupales, ya sea que el propietario de la póliza o del contrato sea un individuo, una firma, una corporación u otra persona, y ya sea que las personas aseguradas sean funcionarios, gerentes, empleados u otras personas, más de $5 millones en beneficios, independientemente del número de pólizas y contratos que tenga el propietario;

(E) Con respecto a un solo propietario de contrato que haya proporcionado cobertura de conformidad con el subpárrafo (b)(2)(B) de la Sección 33-38-2 del Código o un patrocinador de plan cuyos planes posean directamente o en fideicomiso uno o más contratos de anualidad no asignados, $5 millones en beneficios, independientemente de la cantidad de contratos con respecto al propietario del contrato o al patrocinador del plan. Sin embargo, en el caso en que uno o más contratos de anualidad no asignados sean contratos cubiertos de conformidad con este capítulo y sean propiedad de un fideicomiso u otra entidad para el beneficio de dos o más patrocinadores de plan, la asociación brindará cobertura si el interés más grande en el fideicomiso o entidad propietaria del contrato o contratos lo tiene un patrocinador de plan cuyo lugar principal de negocios se encuentra en este estado y en ningún caso la asociación estará obligada a cubrir más de $5 millones en beneficios con respecto a todos estos contratos no asignados;

(F) Las limitaciones establecidas en este párrafo son limitaciones a los beneficios a los que la asociación está obligada antes de tomar en cuenta sus derechos de subrogación y cesión o la medida en que dichos beneficios podrían proporcionarse a partir de los activos de la aseguradora deteriorada o insolvente atribuibles a las pólizas cubiertas. Los costos de las obligaciones de la asociación en virtud de este capítulo pueden ser cubiertos mediante el uso de activos atribuibles a las pólizas cubiertas o reembolsados a la asociación de conformidad con sus derechos de subrogación y cesión; y

(G) Para los fines de este capítulo, los beneficios provistos por una cláusula adicional de cuidados a largo plazo a una póliza de seguro de vida o contrato de anualidad se considerarán el mismo tipo de beneficios que la póliza de seguro de vida base o el contrato de anualidad al que se relaciona.

(13) Al cumplir con sus obligaciones de proporcionar cobertura bajo esta sección del Código, la asociación no estará obligada a garantizar, asumir, reasegurar, reemitir o ejecutar, o hacer que se garanticen, asuman, reaseguren, reemitan o ejecuten, las obligaciones contractuales de la aseguradora insolvente o deteriorada bajo una póliza o contrato cubierto que no afecte materialmente los valores económicos o los beneficios económicos de la póliza o contrato cubierto;

(14) Además de los derechos y poderes que se establecen en otras partes de este capítulo, la asociación podrá:

(A) Celebrar los contratos que sean necesarios o adecuados para llevar a cabo las disposiciones y propósitos de este capítulo;

(B) Demandar o ser demandado, incluido el derecho a solicitar una sentencia declaratoria en cualquier tribunal superior de este estado en relación con las incertidumbres con respecto al pago de beneficios en virtud de esta sección del Código. La asociación también puede tomar las medidas legales necesarias o adecuadas para

recuperar las cuotas no pagadas en virtud de la Sección 33-38-15 del Código y puede resolver las reclamaciones o posibles reclamaciones en su contra;

(C) Tomar dinero prestado para llevar a cabo los fines de este capítulo. Todos los pagarés u otra evidencia de endeudamiento de la asociación que no se encuentre en mora serán inversiones legales para los aseguradores miembros nacionales y podrán ser llevados como activos admitidos;

(D) Emplear o retener a las personas que sean necesarias para manejar las transacciones financieras de la asociación y desempeñar otras funciones que sean necesarias o apropiadas bajo este capítulo;

(E) Negociar y contratar con cualquier liquidador, rehabilitador, conservador o receptor auxiliar para llevar a cabo los poderes y deberes de la asociación;

(F) Tomar las medidas legales que sean necesarias para evitar el pago de reclamaciones indebidas; y

(G) Ejercer, para los fines de este capítulo y en la medida que lo apruebe el Comisionado, los poderes de una aseguradora de vida doméstica, una aseguradora de salud, una organización de mantenimiento de la salud o una corporación de atención médica; pero en ningún caso la asociación podrá emitir pólizas o contratos distintos de los emitidos para cumplir con sus obligaciones bajo este capítulo;

(15) Organizarse como corporación o en otra forma legal permitida por las leyes del estado;

(16) Solicitar información a una persona que busca cobertura de la asociación para ayudar a la asociación a determinar sus obligaciones bajo este capítulo con respecto a la persona, y la persona deberá cumplir con prontitud con la solicitud;

(17) A menos que lo prohíba la ley, de conformidad con los términos y condiciones de la póliza o contrato, solicitar aumentos de tarifas o primas justificados actuarialmente para cualquier póliza o contrato para el cual proporcione cobertura bajo este capítulo;

(18) Tomar otras medidas necesarias o apropiadas para cumplir con sus deberes y obligaciones bajo este capítulo o para ejercer sus poderes bajo este capítulo;

(19) La asociación puede unirse a una organización de una o más asociaciones estatales con propósitos similares, para promover los propósitos y administrar los poderes y deberes de la asociación;

(20) Con respecto a las pólizas cubiertas por las cuales la asociación se vuelve obligada después de la entrada en vigor de una orden de liquidación, la asociación puede optar por suceder a la aseguradora insolvente en los derechos que surjan después de la orden de liquidación en virtud de cualquier contrato de reaseguro del cual la aseguradora insolvente haya sido parte, en la medida en que dicho contrato proporcione cobertura para pérdidas que ocurran después de la fecha de la orden de liquidación. Como condición para hacer dicha elección, la asociación debe pagar todas las primas impagas adeudadas en virtud del contrato por la cobertura relacionada con períodos anteriores y posteriores a la fecha en que se dictó la orden de liquidación;

(21) La junta directiva tendrá discreción y podrá ejercer un juicio comercial razonable para determinar los medios por los cuales la asociación debe proporcionar los beneficios de este capítulo de una manera económica y eficiente;

(22) Cuando la asociación haya acordado u ofrecido proporcionar los beneficios de este capítulo a una persona cubierta bajo un plan o acuerdo que cumpla con las obligaciones de la asociación bajo este capítulo, la persona no tendrá derecho a recibir beneficios de la asociación además de los proporcionados bajo el plan o acuerdo o distintos de ellos;

(23) La jurisdicción exclusiva en cualquier acción interpuesta por o contra la asociación es el Tribunal Superior del Condado de DeKalb. La asociación puede, a su elección, renunciar a dicha jurisdicción en lo que respecta a acciones específicas. La asociación no estará obligada a otorgar una fianza de apelación en una apelación relacionada con una causa de acción que surja de conformidad con este capítulo; y

(24) Al llevar a cabo sus deberes en relación con la garantía, asunción, reemisión o reaseguro de pólizas o contratos según el párrafo (1) o (2) de esta sección del Código, la asociación puede emitir cobertura sustituta para una póliza o contrato que proporcione una tasa de interés, tasa de acreditación o factor similar determinado mediante el uso de un índice u otra referencia externa establecida en la póliza o contrato empleado para calcular retornos o cambios en el valor mediante la emisión de una póliza o contrato alternativo de acuerdo con las siguientes disposiciones:

(A) En lugar del índice u otra referencia externa prevista en la póliza o contrato original, la póliza o contrato alternativo prevé una tasa de interés fija, el pago de dividendos con garantías mínimas o un método diferente para calcular los intereses o los cambios de valor;

(B) No existe ningún requisito de evidencia de asegurabilidad, período de espera u otra exclusión que no se hubiera aplicado bajo la póliza o contrato reemplazado; y

(C) La póliza o contrato alternativo es sustancialmente similar a la póliza o contrato reemplazado en todos los demás términos materiales.

(b) Las disposiciones de esta sección del Código se aplicarán únicamente a la cobertura que brinda la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Georgia en relación con cualquier aseguradora miembro que se encuentre bajo una orden de liquidación con una declaración de insolvencia a partir del 1 de julio de 2020.

CÓDIGO DE GA § 33-38-8

(a) La asociación deberá presentar al Comisionado un plan de operaciones y cualquier modificación al mismo que sea necesaria o adecuada para asegurar la administración justa, razonable y equitativa de la asociación. El plan de operaciones y cualquier modificación al mismo entrarán en vigencia una vez que el Comisionado lo apruebe por escrito. Si la asociación no presenta un plan de operaciones adecuado o si en cualquier momento posterior la asociación no presenta modificaciones adecuadas al plan, el Comisionado, después de notificarlo y escucharlo, adoptará y promulgará las reglas razonables que sean necesarias o aconsejables para hacer efectivas las disposiciones de este capítulo. Dichas reglas continuarán en vigencia hasta que el Comisionado las

modifique o las reemplace un plan presentado por la asociación y aprobado por escrito por el Comisionado.

(b) Todas las aseguradoras miembros deberán cumplir con el plan de operaciones.

(c) El plan de operaciones, además de los requisitos enumerados en otras partes de este capítulo:

(1) Establecer procedimientos para el manejo de los activos de la asociación;

(2) Establecer el monto y el método de reembolso a los miembros de la junta directiva según la Sección 33-38-6 del Código ;

(3) Establecer regularmente los lugares y horarios de las reuniones de la junta directiva;

(4) Establecer procedimientos para que se mantengan registros de todas las transacciones financieras de la asociación, sus agentes y la junta directiva;

(5) Establecer cualquier procedimiento adicional para las evaluaciones según la Sección 33-38-15 del Código ; y

(6) Contener disposiciones adicionales necesarias o adecuadas para la ejecución de los poderes y deberes de la asociación.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-38-9

El plan de operaciones descrito en la Sección 33-38-8 del Código puede disponer que cualquiera o todos los poderes y deberes de la asociación, excepto aquellos bajo el subpárrafo (a)(14)(C) de la Sección 33-38-7 del Código y la Sección 33-38-15 del Código , se deleguen a una corporación, asociación u otra organización que realice o vaya a realizar funciones similares a las de esta asociación o su equivalente en dos o más estados. Dicha corporación, asociación u organización será reembolsada por cualquier pago realizado en nombre de la asociación y será remunerada por el desempeño de cualquier función de la asociación. Una delegación bajo esta sección del Código entrará en vigor únicamente con la aprobación tanto de la junta directiva como del Comisionado y podrá hacerse únicamente a una corporación, asociación u organización que extienda protección no sustancialmente menos favorable y efectiva que la provista por este capítulo.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-38-10

Además de los deberes y poderes enumerados en otras partes de este capítulo:

(1) El Comisionado deberá:

(A) A solicitud de la junta directiva, proporcionar a la asociación una declaración de las primas en los estados correspondientes para cada aseguradora miembro; y

(B) Cuando se declare una pérdida de valor y se determine el monto de la pérdida de valor, notificar a la aseguradora afectada para que la repare en un plazo razonable. La notificación a la aseguradora afectada constituirá una notificación a sus accionistas, si los hubiere. El incumplimiento de la aseguradora afectada de cumplir con prontitud con dicha solicitud no eximirá a la asociación del cumplimiento de sus poderes y obligaciones en virtud de este capítulo; y

(2) El Comisionado puede suspender o revocar, después de notificación y audiencia, el certificado de autoridad para realizar negocios en este estado de cualquier asegurador miembro que no pague una cuota a su vencimiento o no cumpla con el plan de operaciones.

Capítulo 29. Seguro individual de accidentes y enfermedades

CÓDIGO DE GA § 33-29-1

(a) Tal como se utiliza en este capítulo, el término “póliza de accidente y enfermedad” significa cualquier póliza que asegure contra pérdidas resultantes de enfermedad o de lesiones corporales o muerte por accidente, o ambas, o cualquier contrato para proporcionar servicio de ambulancia en el futuro.

(b) Nada de lo dispuesto en este capítulo se aplicará ni afectará a:

(1) Cualquier póliza de seguro de compensación para trabajadores o cualquier póliza de seguro para trabajadores o cualquier póliza de seguro de responsabilidad con o sin cobertura de gastos suplementarios en la póliza;

(2) Cualquier póliza o contrato de reaseguro;

(3) Cualquier póliza cuya renovación esté sujeta a la continuación del empleo con un empleador específico, o cualquier póliza de seguro general o grupal, o cualquier póliza emitida de conformidad con el ejercicio de los privilegios de conversión previstos en las pólizas de seguro grupales; o

(4) Los contratos de seguro de vida, de dotación o de anualidad, o contratos complementarios a los mismos que contengan únicamente disposiciones relativas al seguro de accidentes y enfermedad que proporcionen beneficios adicionales en caso de muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por accidente, o que funcionen para salvaguardar dichos contratos contra caducidad o que otorguen un valor de rescate especial o un beneficio especial o una anualidad en caso de que el asegurado o el rentista quede total y permanentemente discapacitado según lo definido por el contrato o el contrato complementario.

CÓDIGO DE GA § 33-29-2

(a) Ninguna póliza de seguro contra accidentes y enfermedades se entregará ni emitirá para su entrega en este estado a menos que cumpla con los siguientes requisitos:

(1) La totalidad del dinero y otras consideraciones para la póliza se expresan en dicha póliza;

(2) El momento en que el seguro surte efecto y termina se expresa en dicha póliza;

(3) Pretende asegurar a una sola persona, siempre que una póliza pueda asegurar, originalmente o por enmienda posterior a solicitud de un miembro adulto de una familia que se considerará el titular de la póliza, a dos o más miembros elegibles de esa familia, incluyendo esposo, esposa, hijos dependientes o cualquier hijo, menor de una

edad específica que no excederá los 19 años, y cualquier otra persona dependiente del titular de la póliza; siempre que, además, si una póliza pretende asegurar a un hijo dependiente del titular de la póliza, el hijo continuará asegurado hasta los 25 años inclusive mientras la póliza continúe vigente, el hijo siga siendo dependiente del titular de la póliza y el hijo, en cada año calendario desde que alcanzó la edad especificada en la póliza para la terminación de los beneficios como dependiente del titular de la póliza, haya estado inscrito durante cinco meses calendario o más como estudiante de tiempo completo en una institución postsecundaria de educación superior o, si no estuviera inscrito, hubiera sido elegible para estar inscrito y no pudo estarlo debido a una enfermedad o lesión;

(4) El estilo, la disposición y la apariencia general de la póliza no deben dar una prominencia indebida a ninguna parte del texto y cada parte impresa del texto de la póliza y de cualquier endoso o documento adjunto debe estar impresa claramente en letra clara de un estilo de uso general, cuyo tamaño debe ser uniforme y no menor de diez puntos con una longitud de alfabeto en minúsculas sin espaciado no menor de 120 puntos. El texto debe incluir todo el material impreso excepto el nombre y la dirección del asegurador, el nombre o título de la póliza, la breve descripción, si la hubiera, y los títulos y subtítulos. Cuando una póliza sea renovable solo a opción del asegurador, tal hecho debe hacerse saber en letras prominentes en el anverso de la póliza;

(5) Las excepciones y reducciones de indemnización se establecen en la póliza y, excepto aquellas que se establecen en las Secciones 33-29-3 y 33-29-4 del Código , se imprimen, a opción del asegurador, ya sea con las disposiciones de beneficio a las que se aplican o bajo un título apropiado como "excepciones" o "excepciones y reducciones", siempre que, si una excepción o reducción se aplica específicamente solo a un beneficio particular de la póliza, se incluirá una declaración de dicha excepción o reducción con la disposición de beneficio a la que se aplica;

(6) Cada formulario, incluyendo los anexos y endosos, deberá identificarse mediante un número de formulario en la esquina inferior izquierda de la primera página del mismo;

(7) No contiene ninguna disposición que pretenda hacer que alguna parte de los estatutos, reglas, constitución o reglamentos de la aseguradora sea parte de la póliza a menos que dicha parte se establezca en su totalidad en la póliza, excepto en el caso de la incorporación o referencia a una declaración de tarifas o clasificación de riesgos o una tabla de tarifas cortas presentada ante el Comisionado;

(8) No contiene ninguna disposición que pretenda excluir o reducir la cobertura proporcionada a una persona que de otro modo sería asegurable únicamente por el motivo de que la persona es elegible para recibir o recibe asistencia médica, según se define en la Sección 49-4-141 del Código . Cualquier disposición de este tipo que aparezca en una póliza de seguro individual contra accidentes y enfermedades será nula y sin valor; y

(9) No contiene ninguna disposición relativa al seguro con otras aseguradoras, siempre que las pólizas de conversión de grupo y las pólizas médicas mayores puedan contener disposiciones relativas a otros beneficios de seguro pagaderos bajo pólizas de seguro de accidentes y enfermedades de grupo o generales.

(b) Las pólizas individuales de gastos médicos mayores, incluidas las pólizas de franquicia y de conversión, pondrán a disposición de cada solicitante de dicha cobertura montos deducibles en efectivo opcionales de hasta por lo menos $5,000.00. Ninguna póliza de este tipo contendrá ninguna disposición en la que la duración del período de acumulación del deducible en efectivo no sea razonable en relación con el monto de los deducibles en efectivo. Una aseguradora puede ofrecer deducibles opcionales más altos a los titulares de pólizas existentes como un medio para reducir el costo de dichas pólizas o para compensar los aumentos de las primas.

CÓDIGO DE GA § 33-29-3

(a) Cada póliza de accidentes y enfermedades entregada o emitida para entrega en este estado deberá contener las disposiciones especificadas en la subsección (b) de esta sección del Código en los términos en que aparecen en la subsección (b) de esta sección del Código, excepto que el asegurador podrá, a su opción, sustituir una o más de dichas disposiciones por disposiciones correspondientes de diferente redacción aprobadas por el Comisionado que en cada caso no sean menos favorables en ningún sentido para el asegurado o el beneficiario. Las disposiciones deberán estar precedidas individualmente por los títulos que aparecen en esta sección del Código o, a opción del asegurador, por los títulos o subtítulos individuales o grupales apropiados que el Comisionado pueda aprobar. Si alguna disposición de este tipo es total o parcialmente inaplicable o incompatible con la cobertura proporcionada por una forma particular de póliza, la aseguradora, con la aprobación del Comisionado, omitirá de dicha póliza cualquier disposición inaplicable o parte de una disposición y modificará cualquier disposición incompatible o parte de una disposición de tal manera que la disposición contenida en la póliza sea consistente con la cobertura proporcionada por la póliza.

(b)(1) CONTRATO COMPLETO; CAMBIOS. Esta póliza, incluidos los anexos y los documentos adjuntos, si los hubiera, constituye el contrato de seguro completo. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo de la aseguradora y a menos que dicha aprobación se incluya en el presente documento o se adjunte al mismo. Ningún agente tiene autoridad para cambiar esta póliza ni para renunciar a ninguna de sus disposiciones.

(2) LÍMITE DE TIEMPO PARA CIERTAS DEFENSAS.

(A) Después de dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza y en ausencia de fraude, ninguna declaración falsa hecha por el solicitante en la solicitud de dicha póliza se utilizará para anular la póliza o denegar un reclamo por pérdida sufrida o discapacidad, según se define en la póliza, que comience después del vencimiento de dicho período de dos años. Para que la aseguradora anule la póliza o deniegue un reclamo por pérdida sufrida o discapacidad con base en una declaración falsa fraudulenta del solicitante en una solicitud, se debe proporcionar una copia de dicha solicitud al asegurado o a su beneficiario, y dicha declaración falsa fraudulenta debe haberse hecho por escrito, debe ser sustancial para el riesgo asumido por la aseguradora y, en el caso de un reclamo, también debe estar relacionada con el tipo específico de pérdida o discapacidad por la cual se realiza el reclamo.

(i) La disposición de póliza del subpárrafo (A) de este párrafo no se interpretará de modo que afecte los requisitos legales para la anulación de una póliza o la denegación de una reclamación durante dicho período inicial de dos años, ni que limite la aplicación de los párrafos (1) a (3) del inciso (b) de la Sección 33-29-4 del Código en caso de declaración errónea con respecto a la edad, la ocupación u otro seguro. Para los fines de este párrafo, fraude significa la tergiversación deliberada de un hecho material.

(ii) Una póliza que el asegurador tiene derecho a mantener en vigor sujeta a sus términos mediante el pago oportuno de la prima hasta por lo menos los 60 años de edad o, en el caso de una póliza emitida después de los 54 años de edad, por lo menos durante cinco años a partir de su fecha de emisión, puede contener en lugar de las disposiciones del subpárrafo (A) de este párrafo la siguiente disposición, de la cual la cláusula entre corchetes puede omitirse a opción del asegurador, bajo el título "incontestable": En ausencia de fraude y después de que esta póliza haya estado en vigor por un período de dos años durante la vida del asegurado, excluyendo cualquier período durante el cual el asegurado esté incapacitado, se volverá incontestable en cuanto a las declaraciones contenidas en la solicitud.

(B) En ausencia de fraude, ninguna reclamación por pérdida incurrida o incapacidad, según se define en la póliza, que comience después de dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza se reducirá o denegará sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por su nombre o descripción específica vigente en la fecha de la pérdida había existido antes de la fecha efectiva de cobertura de esta póliza.

(3) PERIODO DE GRACIA. Se concederá un período de gracia de _____ días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, durante el cual la póliza continuará en vigencia. El asegurador insertará en el espacio en blanco un número no menor de "siete" para pólizas con prima semanal, "diez" para pólizas con prima mensual y "30" para todas las demás pólizas. Una póliza en la que el asegurador se reserva el derecho de rechazar la renovación tendrá al comienzo de la disposición anterior el siguiente texto: "a menos que no menos de 30 días antes de la fecha de vencimiento de la prima, el asegurador haya entregado al asegurado o haya enviado por correo a su última dirección según lo muestren los registros del asegurador un aviso escrito de su intención de no renovar esta póliza más allá del período por el cual se haya aceptado la prima …. "

(4) REINSTALACIÓN.

(A) Si no se paga una prima de renovación dentro del plazo concedido al asegurado para el pago, una aceptación posterior de cualquier prima por parte del asegurador o de cualquier agente debidamente autorizado por el asegurador para aceptar la prima, sin requerir en relación con ello una solicitud de restablecimiento, restablecerá la póliza; sin embargo, si el asegurador o dicho agente requiere una solicitud de restablecimiento y emite un recibo condicional por la prima ofrecida, la póliza se restablecerá al aprobar dicha solicitud por el asegurador o, a falta de dicha aprobación, al cuadragésimo quinto día siguiente a la fecha de dicho recibo condicional, a menos que el asegurador haya notificado previamente al asegurado por escrito su desaprobación de dicha solicitud. La póliza restablecida cubrirá únicamente la pérdida resultante de cualquier lesión

accidental que pueda sufrirse después de la fecha de restablecimiento y la pérdida debida a dicha enfermedad que pueda comenzar más de diez días después de esa fecha. En todos los demás aspectos, el asegurado y el asegurador tendrán los mismos derechos que tenían en virtud de la póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima en mora, con sujeción a las disposiciones incluidas en el presente documento o adjuntas al mismo en relación con la restitución. Toda prima aceptada en relación con una restitución se aplicará a un período por el cual no se haya pagado la prima anteriormente, pero no a ningún período que sea superior a 60 días antes de la fecha de restitución.

(B) La última oración del subpárrafo (A) de este párrafo puede omitirse de cualquier póliza que el asegurado tenga derecho a continuar en vigor sujeta a sus términos mediante el pago oportuno de las primas, hasta al menos los 60 años de edad o, en el caso de una póliza emitida después de los 54 años de edad, durante al menos cinco años a partir de su fecha de emisión.

(5) AVISO DE RECLAMO.

(A) La notificación por escrito de la reclamación debe entregarse a la aseguradora dentro de los 20 días siguientes a la ocurrencia o inicio de cualquier pérdida cubierta por la póliza o tan pronto como sea razonablemente posible. La notificación dada por o en nombre del asegurado o del beneficiario a la aseguradora en _____ (insertar la ubicación de la oficina que la aseguradora designe para tal fin), o a cualquier agente autorizado de la aseguradora, con información suficiente para identificar al asegurado, se considerará notificación a la aseguradora.

(B) En una póliza que proporcione un beneficio por pérdida de tiempo que pueda ser pagadero por al menos dos años, una aseguradora podrá, a su opción, insertar la siguiente disposición entre la primera y la segunda oración del subpárrafo (A) de este párrafo:

“Sin perjuicio de las condiciones que se establecen a continuación, si el asegurado sufre pérdida de tiempo debido a una incapacidad por la cual se puede pagar una indemnización durante al menos dos años, deberá, al menos una vez cada seis meses después de haber dado aviso de reclamación, dar aviso al asegurador de la continuación de dicha incapacidad, excepto en caso de incapacidad legal. El período de seis meses siguientes a la presentación de cualquier prueba por el asegurado o cualquier pago por el asegurador a cuenta de dicha reclamación o cualquier negación de responsabilidad total o parcial por el asegurador se excluirá a la aplicación de esta disposición. La demora en la entrega de dicha notificación no afectará el derecho del asegurado a cualquier indemnización que de otro modo se hubiera acumulado durante el período de seis meses anterior a la fecha en que se dio efectivamente dicha notificación”.

(6) FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN. El asegurador, al recibir una notificación de reclamación, proporcionará al reclamante los formularios que normalmente proporciona para presentar pruebas de pérdida. Si los formularios no se proporcionan dentro de los diez días hábiles siguientes a la entrega de la notificación, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza en cuanto a prueba de pérdida al presentar, dentro del plazo fijado en la póliza para la presentación de pruebas de

pérdida, prueba escrita que cubra el suceso, la naturaleza y la extensión de la pérdida por la que se hace la reclamación.

(7) PRUEBAS DE PÉRDIDA. En caso de reclamación por pérdida por la cual esta póliza prevé algún pago periódico contingente a la continuación de la pérdida, se deberá presentar prueba escrita de la pérdida a la aseguradora en su oficina dentro de los 90 días siguientes a la terminación del período por el cual la aseguradora es responsable y, en caso de reclamación por cualquier otra pérdida, dentro de los 90 días siguientes a la fecha de dicha pérdida. La falta de presentación de la prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible presentar la prueba dentro de dicho plazo, siempre que dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, después de un año a partir del momento en que se requiera la prueba.

(8) PLAZO DE PAGO DE RECLAMOS. La póliza deberá incluir una disposición que incorpore y repita la esencia de las disposiciones de los incisos (b) y (c) de la Sección 33-24-59.5 del Código , relacionadas con los plazos para el pago de reclamos por beneficios bajo pólizas de beneficios de salud y sanciones por falta de pago oportuno. Si una póliza proporciona beneficios por pérdida de tiempo, dicha póliza también deberá establecer que, sujeto a prueba de dicha pérdida, todos los beneficios acumulados pagaderos bajo la póliza por pérdida de tiempo se pagarán a más tardar al vencimiento de cada período de 30 días durante la continuidad del período por el cual la aseguradora es responsable y cualquier saldo restante sin pagar al final de dicho período se pagará inmediatamente después de la recepción de dicha prueba.

(9) PAGO DE RECLAMOS.

(A) La indemnización por pérdida de vida se pagará de acuerdo con la designación del beneficiario y las disposiciones relativas a dicho pago que se prescriban en el presente documento y que estén en vigor al momento del pago. Si no se encuentra vigente dicha designación o disposición, dicha indemnización se pagará a los herederos del asegurado. Cualquier otra indemnización acumulada que no se haya pagado al momento de la muerte del asegurado podrá, a opción del asegurador, pagarse a dicho beneficiario o a dichos herederos. Todas las demás indemnizaciones se pagarán al asegurado.

(B) Las siguientes disposiciones, o cualquiera de ellas, podrán incluirse con las disposiciones del subpárrafo (A) de este párrafo a opción del asegurador:

(i) Si alguna indemnización de esta póliza fuera pagadera al patrimonio del asegurado o a un asegurado o beneficiario que sea menor de edad o que no sea competente para otorgar una exención válida, la aseguradora podrá pagar dicha indemnización, hasta un monto que no exceda $_____ (insertar un monto que no exceda $1,000.00), a cualquier pariente por sangre o conexión por matrimonio del asegurado o beneficiario que la aseguradora considere que tiene derecho equitativo a la misma. Cualquier pago realizado por la aseguradora de buena fe de conformidad con esta disposición liberará completamente a la aseguradora hasta el monto de dicho pago;

(ii) Sujeto a cualquier instrucción escrita del asegurado en la solicitud o de otra manera, la totalidad o una parte de cualquier indemnización provista por esta póliza por concepto de servicios hospitalarios, de enfermería o médicos puede, a opción del asegurador y a menos que el asegurado solicite lo contrario por escrito a más tardar en el momento de presentar las pruebas de dicha pérdida, pagarse directamente al hospital o a la persona que preste dichos servicios; pero no se requiere que el servicio sea prestado por un hospital o una persona en particular.

(10) EXÁMENES FÍSICOS Y AUTOPSIA. El asegurador, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar la persona del asegurado cuando y tan a menudo como lo requiera razonablemente durante la tramitación de una reclamación bajo este seguro y de hacer una autopsia en caso de muerte cuando no esté prohibido por la ley.

(11) ACCIÓN LEGAL. No se podrá interponer ninguna acción legal o de equidad para recuperar los daños en virtud de esta póliza antes de que transcurran 60 días desde que se haya presentado la prueba escrita de la pérdida de conformidad con los requisitos de esta póliza. No se podrá interponer ninguna acción después de que transcurran tres años desde que se exija la presentación de la prueba escrita de la pérdida.

(12) CAMBIO DE BENEFICIARIO. A menos que el asegurado haga una designación irrevocable de beneficiario, el derecho a cambiar de beneficiario está reservado al asegurado y el consentimiento del beneficiario o beneficiarios no será necesario para la rendición o cesión de esta póliza o para cualquier cambio de beneficiario o beneficiarios, o para cualquier otro cambio en esta póliza.

(c) La primera cláusula del párrafo (12) del inciso (b) de esta sección del Código, relativa a la designación irrevocable de beneficiario, podrá omitirse a opción del asegurador.

(d) Las disposiciones de esta sección del Código también se aplicarán a las pólizas de seguro individuales contra accidentes y enfermedades emitidas por una sociedad de beneficios fraternales, una corporación de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud o cualquier otra entidad similar.

CÓDIGO DE GA § 33-29-3.1

(a) Toda aseguradora autorizada a emitir planes, pólizas o contratos de seguro individual contra accidentes y enfermedades deberá poner a disposición, ya sea como parte o como un anexo opcional a todas las pólizas que proporcionen cobertura de seguro médico importante que se emitan, entreguen, emitan para entrega o renueven la cobertura para trasplantes de corazón humano, incluidos los cargos por adquisición, transporte o donación de un corazón humano cuando se realice un trasplante de corazón humano. Dicha cobertura deberá ser al menos tan amplia y brindar al menos el mismo grado de cobertura que la proporcionada por el plan, la póliza o el contrato respectivo para el tratamiento de otros tipos de enfermedades físicas. Dicho anexo opcional también deberá establecer que la cobertura que se requiere que esté disponible de conformidad con esta sección del Código también cubrirá al cónyuge y a

los dependientes del asegurado si el cónyuge y los dependientes del asegurado están cubiertos por dicho plan, póliza o contrato de beneficios.

(b) El endoso opcional que se requiere que esté disponible bajo la subsección (a) de esta sección del Código no contendrá ninguna exclusión, reducción u otras limitaciones en cuanto a coberturas, deducibles o disposiciones de coaseguro que se apliquen a trasplantes de corazón humano a menos que dichas disposiciones se apliquen generalmente a otros beneficios similares provistos o pagados bajo el plan, póliza o contrato de beneficios de seguro de accidentes y enfermedades; siempre que, sin embargo, el endoso opcional pueda contener un período de espera para la cobertura o una fecha de elegibilidad retrasada de no más de 12 meses a partir de la fecha efectiva del endoso.

(c) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe a una aseguradora, corporación sin fines de lucro, plan de atención médica, organización de mantenimiento de la salud u otra persona que emita cualquier plan, póliza o contrato de beneficios de seguro individual contra accidentes y enfermedades similar emitir o continuar emitiendo un plan, póliza o contrato de beneficios de seguro individual contra accidentes y enfermedades que proporcione beneficios mayores que los beneficios mínimos que se exige que estén disponibles en virtud de esta sección del Código o emitir dichos planes, pólizas o contratos que proporcionen beneficios que sean generalmente más favorables para el asegurado que aquellos que se exige que estén disponibles en virtud de esta sección del Código.

(d) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe la inclusión de cobertura para trasplantes de corazón humano que difiera de la cobertura proporcionada en el mismo plan, póliza o contrato de seguro para enfermedades físicas si el titular de la póliza no compra la cobertura opcional disponible de conformidad con esta sección del Código.

CÓDIGO DE GA § 33-29-3.2

(a) Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:

(1) “Mujer en riesgo” significa una mujer:

(A) Que tenga antecedentes personales de cáncer de mama;

(B) Que tenga antecedentes personales de enfermedad mamaria benigna comprobada mediante biopsia;

(C) Cuya abuela, madre, hermana o hija haya tenido cáncer de mama; o

(D) Que no haya dado a luz antes de los 30 años.

(2)(A) “Mamograma” significa cualquier procedimiento de detección radiológica de baja dosis para la detección temprana del cáncer de mama proporcionado a una mujer y que utiliza equipo aprobado por el Departamento de Salud Comunitaria dedicado específicamente a la mamografía e incluye la interpretación de los resultados del procedimiento por parte de un médico o la interpretación por parte de un radiólogo con experiencia en mamografías de acuerdo con las pautas establecidas por el Colegio Americano de Radiología.

(B) El reembolso por una mamografía autorizada bajo esta sección del Código se realizará únicamente si el centro en el que se realizó la mamografía cumple con los estándares de acreditación establecidos por el Colegio Americano de Radiología o estándares equivalentes establecidos por este estado.

(C) Las pólizas sujetas a esta sección del Código deberán contener cobertura para mamografías realizadas con al menos la siguiente frecuencia:

(i) Una vez como mamografía de referencia para cualquier mujer que tenga entre 35 y 40 años de edad;

(ii) Una vez cada dos años para cualquier mujer que tenga entre 40 y 50 años de edad;

(iii) Una vez al año para cualquier mujer que tenga al menos 50 años de edad; y

(iv) Cuando lo ordene un médico para una mujer en riesgo.

(3) “Frotis de Papanicolaou” o “prueba de Papanicolaou” significa un examen, de acuerdo con las normas establecidas por el Colegio Americano de Patólogos, de los tejidos del cuello uterino con el propósito de detectar cáncer cuando se realiza por orden de un médico, dicho examen puede realizarse una vez al año o con mayor frecuencia si lo ordena un médico.

(4) “Póliza” significa cualquier plan, contrato o póliza de beneficios, excepto una póliza de ingresos por discapacidad, una póliza de enfermedad específica o una póliza de indemnización hospitalaria.

(5) “Prueba de antígeno prostático específico” significa una medición, de acuerdo con los estándares establecidos por el Colegio Americano de Patólogos, de una sustancia producida por el epitelio para determinar si hay tejido prostático benigno o maligno.

(b)(1) Toda aseguradora autorizada a emitir una póliza de seguro individual contra accidentes y enfermedades en este estado que incluya cobertura para cualquier mujer deberá incluir como parte o como un endoso requerido a cada póliza que se emita, entregue, emita para entrega o renueve, cobertura para mamografías y pruebas de Papanicolaou para las mujeres cubiertas que al menos cumpla con los requisitos mínimos de esta sección del Código.

(2) Toda aseguradora autorizada a emitir una póliza de seguro individual contra accidentes y enfermedades en este estado que incluya cobertura para cualquier hombre deberá incluir como parte o como un endoso requerido a cada póliza que se emita, entregue, emita para entrega o renueve, cobertura para pruebas anuales de antígeno prostático específico para los hombres cubiertos que tengan 45 años de edad o más, o para los hombres cubiertos que tengan 40 años de edad o más, si lo ordena un médico.

(c) La cobertura requerida bajo la subsección (b) de esta sección del Código puede estar sujeta a tales exclusiones, reducciones u otras limitaciones en cuanto a coberturas, deducibles o disposiciones de coaseguro que puedan ser aprobadas por el Comisionado.

(d) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe la emisión de pólizas individuales de seguro contra accidentes y enfermedades que

proporcionen beneficios mayores que los requeridos por la subsección (b) de esta sección del Código o más favorables para el asegurado que los requeridos por la subsección (b) de esta sección del Código.

(e) Las disposiciones de esta sección del Código se aplicarán a las pólizas de seguro individuales contra accidentes y enfermedades emitidas por una sociedad de beneficios fraternales, un plan de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud o cualquier entidad similar.

(f) Nada de lo contenido en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe el pago de diferentes niveles de beneficios o que haya diferencias en los porcentajes de coaseguro aplicables a los niveles de beneficios por servicios prestados por proveedores preferidos y no preferidos, según lo autorizado de otra manera por las disposiciones del Artículo 2 del Capítulo 30 de este título, en relación con los acuerdos con proveedores preferidos.

(g) Toda aseguradora sujeta al párrafo (1) de la subsección (b) de esta sección del Código deberá notificar a cada mujer asegurada, cuando ésta alcance la edad de 40 años, sobre su cobertura para mamografías y que continuará anualmente a partir de entonces, durante el tiempo que se recomiende la mamografía de detección para dicha mujer asegurada en función de su estado de salud individual, según lo determine su médico.

CÓDIGO DE GA § 33-29-3.3

(a) Toda aseguradora autorizada a emitir planes, pólizas o contratos de seguro individual contra accidentes y enfermedades deberá poner a disposición, ya sea como parte o como un anexo opcional a todas las pólizas que proporcionen cobertura de seguro médico importante que se emitan, entreguen, emitan para entrega o renueven, cobertura para trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin. Dicha cobertura deberá ser al menos tan amplia y brindar al menos el mismo grado de cobertura que la proporcionada por el plan, la póliza o el contrato respectivo para el tratamiento de otros tipos de enfermedades físicas. Dicho anexo opcional también deberá establecer que la cobertura que se requiere que esté disponible de conformidad con esta sección del Código también cubrirá al cónyuge y a los dependientes del asegurado si el cónyuge y los dependientes del asegurado están cubiertos por dicho plan, póliza o contrato de beneficios.

(b) El endoso opcional que se requiere que esté disponible bajo la subsección (a) de esta sección del Código no contendrá ninguna exclusión, reducción u otras limitaciones en cuanto a coberturas, deducibles o disposiciones de coaseguro que se aplican a los trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin, a menos que dichas disposiciones se apliquen en general a otros beneficios similares provistos o pagados bajo el plan, póliza o contrato de beneficios de seguro de accidentes y enfermedades.

(c) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe a una aseguradora, corporación sin fines de lucro, plan de atención médica, organización de mantenimiento de la salud u otra persona que emita cualquier plan,

póliza o contrato de beneficios de seguro individual contra accidentes y enfermedades similar emitir o continuar emitiendo un plan, póliza o contrato de beneficios de seguro individual contra accidentes y enfermedades que proporcione beneficios mayores que los beneficios mínimos que se exige que estén disponibles en virtud de esta sección del Código o emitir dichos planes, pólizas o contratos que proporcionen beneficios que sean generalmente más favorables para el asegurado que aquellos que se exige que estén disponibles en virtud de esta sección del Código.

(d) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe la inclusión de cobertura para trasplantes de médula ósea para el tratamiento del cáncer de mama y la enfermedad de Hodgkin que difiera de la cobertura proporcionada en el mismo plan, póliza o contrato de seguro para enfermedades físicas si el titular de la póliza no compra la cobertura opcional disponible de conformidad con esta sección del Código.

(e) Las disposiciones de esta sección del Código se aplicarán a las pólizas de seguro individuales contra accidentes y enfermedades emitidas por una sociedad de beneficios fraternales, un plan de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud o cualquier entidad similar.

CÓDIGO DE GA § 33-29-3.4

(a) Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:

(1) “Servicios de bienestar infantil” significa la revisión periódica del estado físico y emocional de un niño realizada por un médico o bajo la supervisión de un médico, pero no incluirá exámenes dentales periódicos ni otros servicios dentales. La revisión incluirá una historia clínica, un examen físico completo, una evaluación del desarrollo, las vacunas adecuadas, una guía anticipada para el padre o los padres y pruebas de laboratorio de acuerdo con los estándares médicos vigentes.

(2) “Póliza” significa cualquier plan de atención médica, contrato de suscriptor o plan, contrato o póliza de accidentes y enfermedades con cualquier nombre que se le dé excepto una póliza de ingresos por discapacidad, una póliza de seguro de atención a largo plazo, una póliza complementaria de Medicare, una póliza de seguro de salud escrita como parte de una cobertura equivalente de compensación para trabajadores, una póliza de enfermedad específica, una póliza de seguro de crédito, una póliza de indemnización hospitalaria, una póliza de accidentes limitada u otro tipo de póliza de accidentes y enfermedades limitada.

(b) Toda aseguradora autorizada a emitir una póliza individual de accidentes y enfermedades en este estado deberá incluir, ya sea como parte o como un anexo obligatorio a cada póliza de gastos médicos básicos u hospitalarios, de gastos médicos mayores o de gastos médicos integrales emitida, entregada, emitida para entrega o renovada en este estado, una cobertura básica para servicios de bienestar infantil para un niño asegurado desde su nacimiento hasta los cinco años de edad. Cualquier póliza de este tipo podrá disponer que los servicios de bienestar infantil que se presten durante una revisión periódica sólo estarán cubiertos en la medida en que dichos servicios sean proporcionados por o bajo la supervisión de un solo médico durante el

curso de una visita. El Comisionado definirá mediante reglamento la cobertura básica para los servicios de bienestar infantil y podrá considerar las recomendaciones actuales para la atención médica pediátrica preventiva de la Academia Estadounidense de Pediatría y cualquier otro dato o información relevante en la promulgación de dicho reglamento.

(c) La cobertura requerida bajo la subsección (b) de esta sección del Código puede estar sujeta a exclusiones, reducciones u otras limitaciones en cuanto a coberturas o disposiciones de coaseguro que pueda aprobar el Comisionado, pero no estará sujeta a deducibles.

(d) Nada de lo dispuesto en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe la emisión de pólizas individuales de accidentes y enfermedades que proporcionen beneficios mayores que los requeridos por la subsección (b) de esta sección del Código o más favorables para el asegurado que los requeridos por la subsección (b) de esta sección del Código.

(e) Las disposiciones de esta sección del Código se aplicarán a las pólizas de seguro individuales de gastos médicos básicos u hospitalarios, de gastos médicos mayores o de gastos médicos integrales emitidas por una sociedad de beneficios fraternales, una corporación de atención médica, una organización de mantenimiento de la salud o cualquier entidad similar.

(f) Nada de lo contenido en esta sección del Código se interpretará como que prohíbe el pago de diferentes niveles de beneficios o que haya diferencias en los porcentajes de coaseguro aplicables a los niveles de beneficios por servicios prestados por proveedores preferidos y no preferidos, según lo autorizado de otra manera por las disposiciones del Artículo 2 del Capítulo 30 de este título, en relación con los acuerdos con proveedores preferidos.

CÓDIGO DE GA § 33-29-4

(a) Ninguna póliza de accidentes y enfermedades entregada o emitida para entrega en este estado contendrá disposiciones respecto de los asuntos establecidos en esta sección del Código a menos que dichas disposiciones estén redactadas en los mismos términos en que aparecen en la subsección (b) de esta sección del Código, excepto que la aseguradora podrá, a su opción, utilizar en lugar de dicha disposición una disposición correspondiente con una redacción diferente aprobada por el Comisionado que no sea menos favorable en ningún sentido para el asegurado o el beneficiario. Cualquier disposición de este tipo contenida en la póliza deberá estar precedida individualmente por el título correspondiente que aparezca en esta sección del Código o, a opción de la aseguradora, por los títulos o subtítulos individuales o grupales apropiados que el Comisionado pueda aprobar. Si alguna disposición de este tipo es total o parcialmente inaplicable o incompatible con la cobertura proporcionada por una forma particular de póliza, la aseguradora, con la aprobación del Comisionado, omitirá de la póliza cualquier disposición inaplicable o parte de una disposición y modificará cualquier disposición incompatible o parte de una disposición de tal manera que la disposición contenida en la póliza sea consistente con la cobertura proporcionada por la póliza.

(b)(1) CAMBIO DE OCUPACIÓN. Si el asegurado resulta herido o enferma después de haber cambiado su ocupación a una clasificada por el asegurador como más peligrosa que la establecida en esta póliza o mientras realiza por compensación cualquier trabajo relacionado con una ocupación clasificada de esa manera, el asegurador pagará solamente la parte de las indemnizaciones provistas en esta póliza que la prima pagada hubiera comprado a las tarifas y dentro de los límites fijados por el asegurador para dicha ocupación más peligrosa. Si el asegurado cambia su ocupación a una clasificada por el asegurador como menos peligrosa que la establecida en esta póliza, el asegurador, al recibir prueba de dicho cambio de ocupación, reducirá la tasa de la prima en consecuencia y devolverá el excedente de la prima prorrateada no devengada a partir de la fecha del cambio de ocupación o de la fecha de aniversario de la póliza inmediatamente anterior a la recepción de dicha prueba, lo que sea más reciente. Para la aplicación de esta disposición, la clasificación de riesgo ocupacional y las tarifas de prima serán las que haya presentado la aseguradora por última vez antes de que se produjera la pérdida de la que es responsable o antes de la fecha de prueba del cambio de ocupación, y el funcionario estatal que tenga a su cargo la supervisión de los seguros en el estado en el que residía el asegurado en el momento en que se emitió esta póliza. Sin embargo, si no se exigió dicha presentación, la clasificación de riesgo ocupacional y las tarifas de prima serán las que haya puesto en vigor la aseguradora por última vez en el estado antes de que se produjera la pérdida o antes de la fecha de prueba del cambio de ocupación.

(2) ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD. Si se ha declarado incorrectamente la edad del asegurado, todos los montos a pagar bajo esta póliza serán los que la prima pagada hubiera correspondido a la edad correcta.

(3) OTROS SEGUROS CON ESTA ASEGURADORA.

(A) Si una póliza o pólizas de accidente o enfermedad o de accidente y enfermedad previamente emitidas por la aseguradora al asegurado están en vigor simultáneamente con la presente, lo que hace que la indemnización agregada por _____ (insertar tipo de cobertura o coberturas) exceda $ _____ (insertar límite máximo de indemnización o indemnizaciones), el seguro en exceso será nulo y todas las primas pagadas por el exceso se devolverán al asegurado o a su patrimonio;

o, en su lugar:

(B) El seguro vigente en cualquier momento para el asegurado bajo una póliza o pólizas similares con esta aseguradora se limita a la póliza elegida por el asegurado, su beneficiario o su patrimonio, según sea el caso, y la aseguradora devolverá todas las primas pagadas por todas las demás pólizas.

(4) RELACIÓN DE LAS GANANCIAS CON EL SEGURO.

(A) Si el monto mensual total de los beneficios por pérdida de tiempo prometidos por la misma pérdida bajo todas las coberturas válidas por pérdida de tiempo del asegurado, ya sea pagaderos en forma semanal o mensual, excede las ganancias mensuales del asegurado al momento en que comenzó la incapacidad o sus ganancias mensuales promedio durante el período de dos años inmediatamente anterior a la incapacidad por la cual se hace un reclamo, lo que sea mayor, el asegurador será responsable solo por

el monto proporcional de dichos beneficios bajo esta póliza que el monto de las ganancias mensuales o las ganancias mensuales promedio del asegurado guarden con el monto total de los beneficios mensuales por la misma pérdida bajo todas esas coberturas del asegurado al momento en que comienza esa incapacidad y por la devolución de esa parte de las primas pagadas durante esos dos años que exceda el monto prorrateado de las primas por los beneficios realmente pagados bajo la presente; pero esto no operará para reducir el monto mensual total de beneficios pagaderos bajo todas las coberturas al asegurado por debajo de la suma de $200.00 o la suma de los beneficios mensuales especificados en las coberturas, lo que sea menor, ni operará para reducir otros beneficios que aquellos pagaderos por pérdida de tiempo.

(B) La disposición de póliza del subpárrafo (A) de este párrafo puede insertarse solamente en una póliza que el asegurado tenga derecho a continuar en vigencia sujeta a sus términos mediante el pago oportuno de las primas hasta por lo menos los 60 años o, en el caso de una póliza emitida después de los 54 años, por lo menos durante cinco años a partir de su fecha de emisión. La aseguradora puede, a su opción, incluir en esta disposición una definición de “cobertura válida por pérdida de tiempo”, aprobada en cuanto a la forma por el Comisionado, cuya definición estará limitada en cuanto al contenido a la cobertura provista por agencias gubernamentales o por organizaciones sujetas a la regulación por la ley de seguros o por las autoridades de seguros de este o cualquier otro estado de los Estados Unidos o cualquier provincia de Canadá, o a cualquier otra cobertura cuya inclusión pueda ser aprobada por el Comisionado o cualquier combinación de dichas coberturas. En ausencia de esa definición, el término no incluirá ninguna cobertura provista para el asegurado de conformidad con cualquier estatuto de beneficios obligatorios, incluyendo cualquier estatuto de compensación de trabajadores o de responsabilidad del empleador, o beneficios provistos por planes de bienestar sindical o por organizaciones de beneficios para empleadores o empleados.

(5) PRIMA NO PAGADA. Al pagarse un reclamo bajo esta póliza, cualquier prima adeudada y no pagada o cubierta por alguna nota u orden escrita podrá deducirse de la misma.

(6) DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA EN CASO DE CANCELACIÓN. Si el asegurado cancela esta póliza, la prima devengada se calculará utilizando la última tabla de tarifas a corto plazo presentada ante el funcionario estatal que supervisa los seguros en el estado donde el asegurado residía cuando se emitió la póliza. La cancelación se realizará sin perjuicio de cualquier reclamación que se haya originado antes de la fecha efectiva de cancelación.

(7) CONFORMIDAD CON LOS ESTATUTOS ESTATALES. Cualquier disposición de esta póliza que, en su fecha de vigencia, esté en conflicto con los estatutos del estado, Distrito de Columbia o territorio en el que el asegurado reside en dicha fecha, se modifica para cumplir con los requisitos mínimos de dichos estatutos.

(8) OCUPACIÓN ILEGAL. El asegurador no será responsable de ninguna pérdida cuya causa contribuyente haya sido la comisión o el intento de cometer un delito grave por

parte del asegurado o cuya causa contribuyente haya sido la participación del asegurado en una ocupación ilegal.

(9) INTOXICANTES Y NARCÓTICOS. El asegurador no será responsable de ninguna pérdida sufrida o contraída como consecuencia de que el asegurado esté intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico a menos que se administre por consejo de un médico.

(10) CANCELACIÓN DE PÓLIZAS DE ACCIDENTES DE VIAJE. Con respecto únicamente a las pólizas de seguro de accidentes de viaje, se podrán insertar en la póliza las siguientes disposiciones opcionales:

“La aseguradora se reserva el derecho de cancelar esta póliza según las disposiciones establecidas en la Sección 33-24-44 del Código ”.

CÓDIGO DE GA § 33-29-5

Las disposiciones que son objeto de las Secciones 33-29-3 y 33-29-4 del Código , o cualquier disposición correspondiente que se utilice en su lugar de conformidad con dichas secciones del Código, se imprimirán en orden consecutivo de las disposiciones en dichas secciones del Código o, a opción de la aseguradora, dichas disposiciones pueden aparecer como una unidad en cualquier parte de la póliza, con otras disposiciones con las que puedan estar relacionadas lógicamente, siempre que la póliza resultante no sea total o parcialmente ininteligible, incierta, ambigua, abstrusa o que pueda inducir a error a una persona a quien se le ofrece, entrega o emite la póliza.

CÓDIGO DE GA § 33-29-6

(a) Los beneficios por concepto de servicios médicos o quirúrgicos provistos por una póliza individual de seguro contra accidentes y enfermedades pueden estar limitados por sus términos a los servicios realizados por profesiones específicamente definidas, siempre que en ausencia de tales definiciones, el término “médico” o “cirujano”, tal como se utiliza en dicha póliza, no se considere limitado únicamente a los profesionales médicos con licencia bajo el Capítulo 34 del Título 43.

(b) Cuando una póliza individual de seguro de accidentes y enfermedades, excepto las pólizas que brindan cobertura especial para enfermedades limitadas, protección contra accidentes únicamente o pólizas dentales, prevé atención hospitalaria, se podrá incluir dentro del alcance de la cobertura la atención hospitalaria brindada por causa de enfermedades mentales y la atención hospitalaria brindada por cualquier hospital psiquiátrico debidamente autorizado por este estado. Si dicha cobertura no está incluida en la póliza, se deberá imprimir en la póliza en negrita o estampar en el anverso de la póliza una declaración de que la póliza no cubre enfermedades mentales y se deberá imprimir o estampar en cualquier tarjeta de identificación emitida de conformidad con dicha póliza.

(c) No obstante cualquier otra ley en contrario, siempre que se utilice el término “médico” o “cirujano” en cualquier póliza de seguro de salud o de accidentes y enfermedades emitida en este estado o en cualquier contrato de atención médica, servicios o beneficios existentes en virtud de, y en virtud de, cualquier ley de este estado, dicho término incluirá, dentro de su significado, a los profesionales médicos con

licencia de conformidad con el Capítulo 11 del Título 43, relativo a los dentistas, con respecto a cualquier atención, servicio, procedimiento o beneficio cubierto por dicha póliza de seguro o contrato de atención médica que dichas personas estén autorizadas a realizar, no obstante cualquier disposición en contrario en dicha póliza de seguro o contrato de atención médica. Esta subsección será aplicable a todas las pólizas en este estado, independientemente de la fecha de emisión.

CÓDIGO DE GA § 33-29-7

(a) Sujeto a la Sección 33-29-21 del Código , cada póliza, cubierta por este capítulo, excepto las pólizas de seguro de accidentes únicamente, en las que la aseguradora se reserva el derecho de rechazar la renovación de forma individual, deberá establecer, en esencia, en una disposición de la póliza titulada "renovabilidad", que, sujeto al derecho a terminar la póliza en caso de falta de pago de las primas cuando vencen, el derecho a rechazar la renovación no se ejercerá antes de la fecha de renovación que ocurra en, o después y más cercana, cada aniversario o, en el caso de caducidad y restablecimiento, en la fecha de renovación que ocurra en, o después y más cercana, cada aniversario del último restablecimiento, y que cualquier rechazo o renovación será sin perjuicio de cualquier reclamo originado mientras la póliza esté en vigor.

(b) La aseguradora no modificará ni aprobará la póliza antes de la fecha de aniversario de manera que tienda a restringir o reducir los beneficios, agregar exclusiones o aumentar la prima.

CÓDIGO DE GA § 33-29-8

(a) Excepto lo dispuesto en la subsección (b) de esta sección del Código, toda aseguradora que entregue o emita para su entrega en este estado pólizas de seguro contra accidentes y enfermedades que sean renovables a opción de la aseguradora o cancelables a opción de la aseguradora deberá incluir en dichas pólizas una disposición como la siguiente:

“Si la compañía cancela o se niega a renovar esta póliza, excepto por falta de pago de las primas antes de la edad de _____ (insertar edad que no debe ser menor de 60 años), reembolsará el 75 por ciento de las primas pagadas en exceso de los beneficios recibidos. Los requisitos de esta disposición no se aplicarán a la cancelación o negativa a aceptar primas de renovación debido al cambio de ocupación del asegurado a una ocupación generalmente clasificada por la aseguradora en lo que respecta a todos los solicitantes como no asegurable”.

(b) Esta sección del Código no se aplicará y la disposición prescrita en la subsección (a) de esta sección del Código no necesitará incluirse en ninguna póliza médica importante que disponga que la aseguradora puede cancelar o negarse a renovar la póliza a partir de una fecha de aniversario cuando también cancele o se niegue a renovar todas las pólizas con las mismas disposiciones y base de tasa de prima en la jurisdicción en la que reside el asegurado, y entonces solamente si una o ambas de las siguientes condiciones son aplicables:

(1) El asegurado está o podría estar cubierto por beneficios, sustancialmente similares en tipo y monto a los de la póliza, de conformidad con cualquier programa de seguro de salud gubernamental federal o estatal; o

(2) La aseguradora está impedida por cualquier ley o cualquier reglamento o resolución de una agencia gubernamental de aplicar a la póliza una tabla de tasas de primas que la aseguradora certifique, con base en su experiencia, que es razonable en relación con los beneficios provistos.

(c) Para los fines de este capítulo, una póliza médica importante es cualquier póliza que proporcione beneficios de al menos el 75 por ciento de los cargos necesarios, razonables y habituales para la atención médica, incluida la hospitalización en alojamientos semiprivados, con un beneficio máximo de por vida de al menos $100,000.00, sujeto únicamente a las excepciones, restricciones, limitaciones y deducibles que el Comisionado considere razonables.

CÓDIGO DE GA § 33-29-9

(a) Ninguna póliza de seguro contra accidentes o enfermedades deberá hacer referencia a su naturaleza no cancelable sin revelar al mismo tiempo todas las opciones que la aseguradora pueda tener con respecto a la renovabilidad; y no se deberá hacer referencia a la naturaleza renovable garantizada de dicha póliza a menos que la referencia al mismo tiempo revele las calificaciones sobre la garantía de renovabilidad, incluyendo cualquier límite de edad, cualquier derecho a cambiar las tarifas de las primas por clase, cualquier disposición agregada y cualquier otra limitación al derecho a la renovación de una manera que no minimice ni oscurezca las condiciones de calificación.

(b) Una aseguradora que opere en el negocio de seguros médicos mayores o integrales, renovables y garantizados en este estado, permitirá que un asegurado cambie su cobertura médica mayor o integral, al momento de cualquier renovación, a un producto comparable ofrecido por esa aseguradora o a un producto ofrecido por esa aseguradora con beneficios de producto más limitados; a un producto con deducibles más altos; o que modifique su cobertura existente para elegir deducibles más altos opcionales bajo esa póliza. Si el asegurado elige dicho cambio de producto, beneficio o deducible durante el período requerido de 60 días después de la notificación del aumento de la prima de renovación pero antes de la fecha de renovación, dicho asegurado no estará sujeto a ninguna nueva exclusión por condiciones preexistentes que no se aplicaba a su cobertura original.

(c) El Comisionado adoptará las reglas y reglamentos que considere necesarios para la administración de esta sección del Código.

CÓDIGO DE GA § 33-29-10

(a) Si cualquier póliza de accidente y enfermedad entregada o emitida para entrega en este estado contiene una disposición que establece, como límite de edad o de otra manera, una fecha después de la cual la cobertura proporcionada por la póliza no será efectiva y, si la fecha cae dentro de un período para el cual la aseguradora acepta una

prima o si la aseguradora acepta una prima después de dicha fecha, la cobertura proporcionada por la póliza continuará en vigencia hasta el final del período para el cual se ha aceptado la prima.

(b) En caso de que se haya indicado incorrectamente la edad del asegurado y si, de acuerdo con la edad correcta del asegurado, la cobertura proporcionada por la póliza no hubiera entrado en vigencia o hubiera cesado antes de la aceptación de la prima o primas, entonces la responsabilidad del asegurador se limitará al reembolso, a solicitud, de todas las primas pagadas por el período no cubierto por la póliza.

CÓDIGO DE GA § 33-29-11

(a) Toda póliza o contrato individual de accidente y enfermedad, excepto pólizas o contratos no renovables de prima única, emitidos para entrega en este estado por una aseguradora, deberán tener impreso o adherido a la póliza o contrato un aviso que indique en esencia que la persona a quien se emite la póliza o contrato tendrá permitido devolver la póliza o contrato dentro de los diez días de su entrega a dicho comprador y recibir el reembolso de la prima pagada si, después de examinar la póliza o contrato, el comprador no está satisfecho con él por cualquier motivo.

(b) Si el asegurado o comprador, de conformidad con dicha notificación, devuelve la póliza o contrato a la aseguradora en su domicilio o sucursal, o al agente a través del cual se compró, será nulo desde el principio y las partes estarán en la misma posición que si no se hubiera emitido ninguna póliza o contrato. Sin limitar ningún otro método de devolución de una póliza o contrato según esta sección del Código, será prueba prima facie del hecho y la fecha de devolución de una póliza o contrato si la póliza o contrato se envía por correo certificado o entrega al día siguiente reglamentaria a la aseguradora o agente, según lo dispuesto en esta sección del Código, y se obtiene un acuse de recibo proporcionado por el Servicio Postal de los Estados Unidos o una empresa de entrega comercial.

CÓDIGO DE GA § 33-29-12

(a) Cualquier póliza de una aseguradora extranjera o extranjera, cuando se entrega o emite para su entrega a cualquier persona en este estado, puede contener cualquier disposición que no sea menos favorable para el asegurado o el beneficiario que aquellas disposiciones contenidas en este capítulo y que esté prescrita o requerida por la ley del estado bajo el cual está organizada la aseguradora.

(b) Cualquier póliza de una aseguradora nacional puede, cuando se emite para su entrega en cualquier otro estado o país, contener cualquier disposición permitida o requerida por las leyes del otro estado o país.

CÓDIGO DE GA § 33-29-13

Toda aseguradora deberá proporcionar a cualquier solicitante de seguro contra accidentes y enfermedades en este estado un resumen escrito que muestre la cobertura principal de la póliza solicitada, las principales exclusiones de la póliza solicitada, las disposiciones de renovación de la póliza solicitada y una referencia a la

póliza con respecto a otras disposiciones. El resumen escrito se le deberá entregar al solicitante al momento de firmar la solicitud de la póliza y los formularios de los resúmenes estarán sujetos a los mismos requisitos de presentación y aprobación que se establecen para la presentación y aprobación de los formularios de póliza según lo requerido en las Secciones 33-24-9 y 33-24-10 del Código .

CÓDIGO DE GA § 33-29-14

Este capítulo no se interpretará como un impedimento para que una persona distinta del asegurado con un interés asegurable adecuado solicite y sea propietaria de una póliza que cubra al asegurado o tenga derecho en virtud de dicha póliza a cualquier indemnización, beneficio y derecho previsto en la póliza.

CÓDIGO DE GA § 33-29-15

(a) Los ingresos o beneficios de todas las pólizas de accidentes y enfermedades y de las disposiciones que brindan beneficios por la discapacidad del asegurado que sean complementarias a los contratos de seguro de vida o de anualidades, excepto las pólizas de crédito por accidentes y enfermedades y las pólizas de crédito por vida, estarán exentos de toda responsabilidad por cualquier deuda del asegurado y de cualquier deuda del beneficiario existente en el momento en que los ingresos se pongan a disposición para su uso.

(b) La exención de los beneficios de ingreso pagaderos como resultado de incapacidad no excederá un promedio de $250.00 de dichos beneficios por mes del período de incapacidad.

CÓDIGO DE GA § 33-29-16

El asegurador podrá cumplir con los requisitos de este capítulo adjuntando a la póliza el anexo o endoso que sea necesario para tal fin.

CÓDIGO DE GA § 33-29-17

(a) Ninguna disposición de póliza que no esté sujeta a este capítulo hará que una póliza, o parte de ella, sea menos favorable en ningún aspecto para el asegurado o el beneficiario que las disposiciones de la misma que están sujetas a este capítulo.

(b) Una póliza entregada o emitida para entrega a cualquier persona en este estado en violación de este capítulo se considerará válida, pero se interpretará de acuerdo con lo dispuesto en este capítulo. Cuando alguna disposición de una póliza sujeta a este capítulo esté en conflicto con alguna disposición de este capítulo, los derechos, deberes y obligaciones del asegurador, el asegurado y el beneficiario se regirán por este capítulo.

CÓDIGO DE GA § 33-29-18

(a) Como se utiliza en esta sección del Código, el término “empleados” significa los funcionarios, gerentes, empleados y empleados jubilados del empleador y el propietario individual o los socios si el empleador es un propietario individual o una sociedad.

(b) El seguro de accidentes y enfermedades en un plan de franquicia es aquella forma de seguro de accidentes y enfermedades emitida para:

(1) Dos o más empleados de cualquier corporación, sociedad colectiva o empleador individual o cualquier corporación, agencia o departamento gubernamental de la misma; o

(2) Diez o más miembros, empleados o empleados de miembros de cualquier asociación comercial o profesional o de un sindicato laboral o de cualquier otra asociación que haya tenido una existencia activa durante al menos dos años, donde la asociación o sindicato tiene una constitución o estatutos y se forma de buena fe para fines distintos al de obtener seguro; donde a las personas, con o sin sus dependientes, se les emite la misma forma de una póliza individual que varía solo en cuanto a los montos y tipos de cobertura solicitados por las personas bajo un acuerdo por el cual las primas de las pólizas pueden ser pagadas al asegurador periódicamente por el empleador, con o sin deducciones de nómina, o por la asociación o sindicato para sus miembros, o por alguna persona designada que actúe en nombre de dicho empleado o asociación o sindicato.

CÓDIGO DE GA § 33-29-19

(a) Esta sección del Código se aplicará únicamente a la presentación de modificaciones de tarifas para pólizas individuales de accidentes y enfermedades que contemplan una garantía de índice de pérdidas opcional.

(b) Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:

(1) “Índice de siniestralidad esperado” en un período de experiencia significa la relación entre: (A) la suma de las reclamaciones esperadas en el período de experiencia para cada año de emisión, con base en los estándares de índice de siniestralidad correspondientes según se describen de conformidad con el párrafo (1) de la subsección (d) de esta sección del Código, y (B) la prima devengada en el período de experiencia.

(2) “Índice de siniestralidad” significa la relación entre las reclamaciones incurridas y las primas devengadas.

(c) Las modificaciones de tarifas en pólizas individuales de accidentes y enfermedades que contemplan una garantía de índice de siniestralidad opcional deben presentarse ante el Comisionado antes de su implementación.

(d) Al momento de presentar nuevas tarifas de primas en cualquier formulario previamente aprobado para pólizas de seguro individual contra accidentes y enfermedades que incluyan una garantía de índice de siniestralidad opcional, los beneficios provistos por las pólizas se considerarán razonables en cuanto a la prima cobrada siempre que la aseguradora cumpla con los términos de una garantía de índice de siniestralidad presentada ante el Comisionado. La garantía de índice de siniestralidad deberá constar por escrito e incluir al menos lo siguiente:

(1) Una enumeración de las normas de índice de siniestralidad incluidas en el memorando actuarial original presentado junto con el formulario de póliza en el momento de la aprobación inicial del formulario de póliza. Dichas normas de índice de siniestralidad deben incluirse para cada uno de los primeros diez años posteriores a la emisión;

(2) Una garantía de que los índices de siniestralidad reales en este estado para cada período de experiencia cumplirán o superarán el índice de siniestralidad esperado en el período de experiencia. Si el volumen anual de primas devengadas en este estado bajo una póliza es inferior a $1 millón, la garantía del índice de siniestralidad se basará en el índice de siniestralidad real para el agregado de estados que tengan menos de $1 millón de primas devengadas para la póliza. Si dicha prima anual devengada agregada es inferior a $1 millón, el período de experiencia se extenderá hasta el final del año calendario en el que se alcance $1 millón de primas devengadas;

(3) Una garantía de que los resultados reales de la tasa de siniestralidad para cada año calendario en que las tarifas estén vigentes serán auditados de manera independiente durante el segundo trimestre del año siguiente a expensas de la aseguradora. Los resultados auditados se informarán al Comisionado a más tardar en la fecha de presentación del anexo de experiencia de la póliza de accidentes y enfermedades correspondiente. El Comisionado podrá desaprobar la auditoría por causa razonable;

(4) Una garantía de que a los asegurados afectados en este estado se les emitirá un reembolso proporcional a las primas pagadas en una cantidad tal que, cuando se agregue a las reclamaciones incurridas, el índice de siniestralidad real se eleve hasta el índice de siniestralidad esperado en el período de experiencia. Si se utilizan índices de siniestralidad agregados, el monto total reembolsado en este estado será igual al monto en dólares necesario para alcanzar los estándares de índice de siniestralidad multiplicado por la prima total devengada en este estado en el formulario de póliza y dividido por las primas totales devengadas en todos los estados agregados en el formulario de póliza. El reembolso se realizará a todos los asegurados bajo el formulario de póliza aplicable a partir del último día del período de experiencia aplicable y cuyo reembolso individual sería igual a $10.00 o más. El reembolso incluirá intereses a la tasa de interés máxima permitida por la ley en la valuación del seguro de vida entera emitido en la última fecha del período de experiencia aplicable calculado desde el último día del período de experiencia aplicable hasta la fecha de pago, que será durante el tercer trimestre del año siguiente; y

(5) Una garantía de que los reembolsos de menos de $10.00 serán agregados por la aseguradora y pagados al Departamento de Seguros.

CÓDIGO DE GA § 33-29-20

(a) Tal como se utiliza en esta sección del Código, el término:

(1) “Deformidad funcional” significa una deformidad de la estructura ósea o articular del maxilar o la mandíbula tal que se impide el carácter normal y la función esencial de dicha estructura ósea.

(2) “Póliza” significa cualquier plan, contrato o póliza de beneficios médicos importantes, excepto una póliza de seguro de crédito, una póliza de ingresos por discapacidad, una póliza de enfermedad específica, una póliza de indemnización hospitalaria, una póliza de accidentes limitada u otra póliza de accidentes y enfermedades igualmente limitada.

(3) “Articulación temporomandibular” significa la conexión de la mandíbula y el hueso temporal a través del disco articular rodeado por la cápsula articular y los ligamentos y tendones asociados.

(4) “Disfunción de la articulación temporomandibular” significa anomalías congénitas o desarrolladas de la articulación temporomandibular.

(b) No se podrá emitir ni expedir para entrega en este estado ninguna póliza que:

(1) Excluye el tratamiento quirúrgico o no quirúrgico médicamente necesario para la corrección de la disfunción de la articulación temporomandibular por médicos o dentistas profesionalmente calificados por capacitación y experiencia; o

(2) Excluye la cirugía médicamente necesaria para la corrección de deformidades funcionales del maxilar y la mandíbula.

(c) Las disposiciones de esta sección del Código no cubrirán la atención ortodóncica o periodontal cosmética o electiva ni la atención dental general.

(d)(1) La cobertura bajo el párrafo (1) de la subsección (b) de esta sección del Código puede contener dichos tipos de exclusiones, reducciones u otras limitaciones en cuanto a coberturas, deducibles o disposiciones de coaseguro que se aplican a otros beneficios bajo el plan, póliza o contrato de beneficios de seguro contra accidentes y enfermedades.

(2) La cobertura básica para el tratamiento no quirúrgico de la disfunción de la articulación temporomandibular según el párrafo (1) de la subsección (b) de esta sección del Código puede limitarse a la historia clínica y el examen; radiografías, que deben ser diagnósticas de la disfunción de la articulación temporomandibular; terapia con férula con los ajustes necesarios, siempre que los aparatos removibles diseñados para fines de ortodoncia no sean reembolsables bajo un plan médico importante; e inyecciones diagnósticas o terapéuticas en los músculos masticatorios y la articulación temporomandibular.

(e) Excepto lo dispuesto en el párrafo (1) de la subsección (c) de la Sección 33-30-23 del Código , para las pólizas limitadas únicamente a la cobertura dental, nada de lo contenido en esta sección del Código se considerará que prohíbe el pago de diferentes niveles de beneficios o que haya diferencias en los porcentajes de coaseguro aplicables a los niveles de beneficios por servicios prestados por proveedores preferidos y no preferidos, según lo autorizado de otra manera por las disposiciones del Artículo 2 del Capítulo 30 de este título, en relación con los acuerdos con proveedores preferidos.

CÓDIGO DE GA § 33-29-21

De conformidad con las disposiciones de la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, PL 104-191 , y sujeto a las normas y reglamentaciones aplicables emitidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, todas las aseguradoras que emitan, emitan para entrega, entreguen o renueven pólizas, certificados o contratos individuales existentes de seguro contra accidentes y enfermedades en este estado, sujeto únicamente al pago puntual de las

primas, renovarán o continuarán dicha cobertura a opción del asegurado. Las demás exenciones y exclusiones permitidas por la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, PL 104-191 , Sección 2742 también se aplicarán a los seguros contra accidentes y enfermedades individuales y a las aseguradoras en este estado.

CÓDIGO DE GA § 33-29-21.1

Toda póliza que contenga una disposición para la terminación de la cobertura de un dependiente al alcanzar cierta edad contendrá una disposición en el sentido de que, en la fecha en que el dependiente alcance la edad en la que la cobertura terminaría según las disposiciones de la póliza, el dependiente tendrá derecho a que se le emita, sin evidencia de asegurabilidad, mediante solicitud presentada a la compañía dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que el dependiente alcance la edad en la que la cobertura terminaría y tras el pago de la prima correspondiente, una póliza individual o familiar de seguro contra accidentes y enfermedades que esté emitiendo la aseguradora en ese momento que proporcione una cobertura lo más similar posible a la cobertura contenida en la póliza que se terminó debido a que dicho dependiente alcanzó cierta edad o cualquier póliza individual o familiar similar que esté emitiendo la aseguradora en ese momento que contenga una cobertura menor. Todos y cada uno de los períodos de prueba o de espera establecidos en dicha póliza individual o familiar se considerarán cumplidos en la medida en que la cobertura estuviera vigente según la póliza anterior.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-29-22

La notificación de cualquier aumento de prima deberá enviarse por correo o entregarse a cada titular de una póliza de seguro individual contra accidentes y enfermedades no menos de 60 días antes de la fecha efectiva de dicho aumento.

Capítulo 43. Seguro complementario de Medicare

CÓDIGO DE GA § 33-43-1

Tal como se utiliza en este capítulo, el término:

(1) “Solicitante” significa:

(A) En el caso de una póliza complementaria de Medicare individual o un contrato de suscriptor, la persona que busca contratar los beneficios del seguro; y

(B) En el caso de una póliza complementaria de Medicare grupal, el titular del certificado propuesto.

(1.1) “Quiebra” significa cuando una organización Medicare+Choice que no es un emisor ha presentado, o se ha presentado en su contra, una petición de declaración de quiebra y ha dejado de realizar negocios en el estado.

(2) “Certificado” significa cualquier certificado entregado o emitido para entrega en este estado bajo una póliza complementaria de Medicare grupal.

(3) “Formulario del certificado” significa el formulario en el que se entrega o emite el certificado para su entrega por el emisor.

(3.1) “Período continuo de cobertura acreditable” significa el período durante el cual un individuo estuvo cubierto por una cobertura acreditable si durante el período de la cobertura el individuo no tuvo interrupciones en la cobertura mayores a 63 días.

(3.2)(A) “Cobertura acreditable” significa, con respecto a un individuo, la cobertura del individuo proporcionada bajo cualquiera de los siguientes:

(i) Un plan de salud grupal;

(ii) Cobertura de seguro de salud;

(iii) la Parte A o la Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social 1 (Medicare);

(iv) Título XIX de la Ley de Seguridad Social 2 (Medicaid), excepto la cobertura que consiste únicamente en beneficios bajo la Sección 1928; 3

(v) Capítulo 5 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (CHAMPUS);

(vi) Un programa de atención médica del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal;

(vii) Un fondo común de riesgos para las prestaciones de salud del Estado;

(viii) Un plan de salud ofrecido bajo el Capítulo 89 del Título 5 del Código de los Estados Unidos (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales);

(ix) Un plan de salud pública según se define en la reglamentación federal; o

(x) Un plan de beneficios de salud según la Sección 5(e) de la Ley del Cuerpo de Paz (22 USC Sección 2504(e)).

(B) La cobertura acreditable no incluirá uno o más, o cualquier combinación de, los siguientes:

(i) Cobertura únicamente para seguro de ingresos por accidente o discapacidad, o cualquier combinación de los mismos;

(ii) La cobertura emitida como complemento al seguro de responsabilidad civil;

(iii) Seguro de responsabilidad civil, incluido el seguro de responsabilidad civil general y el seguro de responsabilidad civil de automóviles;

(iv) Seguro de compensación laboral o similar;

(v) Seguro de pago médico de automóvil;

(vi) Seguro de crédito únicamente;

(vii) Cobertura de clínicas médicas en el lugar; o

(viii) Otras coberturas de seguro similares, especificadas en el Código de Regulaciones Federales a partir del 1 de julio de 2000, bajo las cuales los beneficios de atención médica son secundarios o incidentales a otros beneficios de seguro.

(C) La cobertura acreditable no incluirá los siguientes beneficios si se proporcionan bajo una póliza, certificado o contrato de seguro separado o si de otra manera no son parte integral del plan:

(i) Beneficios dentales o de la vista de alcance limitado;

(ii) Beneficios por cuidados a largo plazo, cuidados en hogares de ancianos, atención médica domiciliaria, cuidados en la comunidad o cualquier combinación de los mismos; o

(iii) Otros beneficios similares y limitados que se especifican en el Código de Reglamentos Federales a partir del 1 de julio de 2000.

(D) La cobertura acreditable no incluirá los siguientes beneficios si se ofrecen como beneficios independientes y no coordinados:

(i) Cobertura únicamente para una enfermedad o dolencia específica; o

(ii) Seguro de indemnización hospitalaria u otro seguro de indemnización fija.

(E) La cobertura acreditable no incluirá lo siguiente si se ofrece como póliza, certificado o contrato de seguro separado:

(i) el seguro médico complementario de Medicare según se define en la Sección 1882(g)(1) de la Ley del Seguro Social; 4

(ii) Cobertura complementaria a la cobertura proporcionada en virtud del Capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos; o

(iii) Cobertura complementaria similar a la proporcionada bajo un plan de salud grupal.

(3.3) “Plan de beneficios de bienestar para empleados” significa un plan, fondo o programa de beneficios para empleados según se define en la Sección 1002 del Título 29 del Código de los Estados Unidos (Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados).

(3.4) “Insolvencia” significa cuando un emisor, autorizado para realizar negocios de seguros en este estado, ha tenido una orden final de liquidación dictada en su contra con una constatación de insolvencia por un tribunal de jurisdicción competente en el estado de domicilio del emisor.

(4) “Emisor” incluye compañías de seguros, sociedades de beneficios fraternales, planes de servicios de atención médica, organizaciones de mantenimiento de la salud y cualquier otra entidad que entregue o emita para su entrega en este estado pólizas o certificados de suplemento de Medicare.

(5) “Medicare” significa la “Ley de Seguro Médico para Personas Mayores”, Título XVIII de las Enmiendas a la Ley del Seguro Social de 1965, tal como se constituyó en ese momento o se enmendó posteriormente.

(6) “Póliza complementaria de Medicare” significa una póliza grupal o individual de seguro contra accidentes y enfermedades o un contrato de suscriptor de asociaciones de hospitales y servicios médicos u organizaciones de mantenimiento de la salud, que no sea una póliza emitida de conformidad con un contrato según la Sección 1876 de la Ley Federal de Seguridad Social (42 USC Sección 1395, et seq.) o una póliza emitida conforme a un proyecto de demostración especificado en 42 USC Sección 1395ss(g)(1) , que se anuncia, comercializa o diseña principalmente como un suplemento a los reembolsos bajo Medicare para los gastos hospitalarios, médicos o quirúrgicos de personas elegibles para Medicare.

(6.1) “Plan Medicare+Choice” significa un plan de cobertura de beneficios de salud bajo la Parte C de Medicare según se define en PL 105-33 , e incluye:

(A) Planes de atención coordinada que brindan servicios de atención médica, incluidos, entre otros, planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (con o sin una opción de punto de servicio), planes ofrecidos por organizaciones patrocinadas por proveedores y planes de organizaciones de proveedores preferidos;

(B) Planes de cuentas de ahorros médicos combinados con una contribución a una cuenta de ahorros médicos Medicare+Choice; y

(C) Planes privados de pago por servicio Medicare+Choice.

(7) “Formulario de póliza” significa el formulario en el cual se entrega o emite la póliza para su entrega por el emisor.

(8) “Secretario” significa el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

1 42 USCA § 1395 y siguientes.

2 42 USCA § 1396 y siguientes.

3 42 USCA § 1396s.

4 42 USCA § 1395ss.

CÓDIGO DE GA § 33-43-2

(a) Salvo que se disponga específicamente lo contrario, este capítulo se aplicará a:

(1) Todas las pólizas complementarias de Medicare entregadas o emitidas para entrega en este estado; y

(2) Todos los certificados emitidos bajo pólizas complementarias de Medicare grupales, que hayan sido entregados o emitidos para entrega en este estado.

(b) Este capítulo no se aplicará a una póliza de uno o más empleadores u organizaciones laborales, o de los fideicomisarios de un fondo establecido por uno o más empleadores u organizaciones laborales o una combinación de los mismos, para empleados o ex empleados o una combinación de los mismos, o para miembros o ex miembros o una combinación de los mismos de las organizaciones laborales.

(c) Excepto lo dispuesto en la subsección (d) de la Sección 33-43-5 del Código , las disposiciones de este capítulo no se interpretarán como que prohíben o se aplican a las pólizas de seguro o planes de beneficios de atención médica, incluidas las pólizas de conversión grupal, proporcionadas a personas elegibles para Medicare, pólizas que no se comercializan ni se consideran pólizas complementarias de Medicare o planes de beneficios.

CÓDIGO DE GA § 33-43-3

(a) Ninguna póliza o certificado de seguro complementario de Medicare vigente en este estado contendrá beneficios que dupliquen los beneficios proporcionados por Medicare.

(b) Sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley de Georgia, una póliza o certificado complementario de Medicare no excluirá ni limitará los beneficios por pérdidas sufridas más de seis meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura porque se trate de una condición preexistente. La póliza o certificado no definirá una condición preexistente de manera más restrictiva que una condición para la cual se brindó asesoramiento médico o se recomendó o recibió tratamiento de un médico dentro de los seis meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura.

(c) El Comisionado adoptará reglamentaciones razonables para establecer normas específicas para las disposiciones de pólizas y certificados complementarios de Medicare. Dichas normas se sumarán a las leyes aplicables de este estado y estarán de acuerdo con ellas. Ningún requisito de este título relacionado con los beneficios mínimos requeridos por la póliza, aparte de las normas mínimas contenidas en este capítulo, se aplicará a las pólizas y certificados complementarios de Medicare. Las normas cubrirán, pero no se limitarán a:

(1) Condiciones de renovabilidad;

(2) Condiciones iniciales y posteriores de elegibilidad;

(3) No duplicación de cobertura;

(4) Períodos de prueba;

(5) Limitaciones, excepciones y reducciones de beneficios;

(6) Períodos de eliminación;

(7) Requisitos para la sustitución;

(8) Condiciones recurrentes; y

(9) Definiciones de términos.

(d) El Comisionado adoptará reglamentaciones razonables para establecer normas mínimas para beneficios, pago de reclamaciones, prácticas de comercialización, acuerdos de compensación y prácticas de presentación de informes para pólizas y certificados de suplemento de Medicare.

(e) El Comisionado podrá adoptar de vez en cuando las reglamentaciones razonables que sean necesarias para adecuar las políticas y certificados de suplementos de Medicare a los requisitos de la ley federal y las reglamentaciones promulgadas en virtud de ella, incluyendo, entre otras:

(1) Exigir reembolsos o créditos si las pólizas o certificados no cumplen con los requisitos de índice de pérdidas;

(2) Establecer una metodología uniforme para el cálculo y la presentación de informes sobre los índices de pérdidas;

(3) Garantizar el acceso público a las políticas, primas e información sobre índices de siniestralidad de los emisores de seguros complementarios de Medicare;

(4) Establecer un proceso para aprobar o desaprobar formularios de pólizas, formularios de certificados y aumentos de primas propuestos;

(5) Establecer una política para la celebración de audiencias públicas antes de la aprobación de aumentos de primas; y

(6) Establecer normas para las pólizas y certificados de Medicare Select.

(f) El Comisionado puede adoptar reglamentos razonables que especifiquen disposiciones de póliza prohibidas que no estén específicamente autorizadas por el estatuto y que, en opinión del Comisionado, sean injustas, inequitativas o injustamente discriminatorias para cualquier persona asegurada o propuesta para ser asegurada bajo una póliza o certificado complementario de Medicare.

(g) Las aseguradoras que ofrecen pólizas complementarias de Medicare en este estado a personas de 65 años de edad o más también ofrecerán pólizas complementarias de Medicare a personas en este estado que sean elegibles y estén inscritas en Medicare por razón de discapacidad o enfermedad renal terminal. Salvo que se disponga lo contrario en esta sección del Código, todos los beneficios, protecciones, políticas y procedimientos que se aplican a personas de 65 años de edad o más también se aplicarán a personas que sean elegibles y estén inscritas en Medicare por razón de discapacidad o enfermedad renal terminal.

(h) Las personas pueden inscribirse en una póliza complementaria de Medicare en cualquier momento autorizado o requerido por el gobierno federal o dentro de los seis meses de:

(1) Inscripción en la Parte B de Medicare para una persona que tiene menos de 65 años de edad y es elegible para Medicare debido a una discapacidad o enfermedad renal terminal, lo que ocurra más tarde;

(2) Recibir notificación de que dicha persona ha sido inscrita retroactivamente en la Parte B de Medicare debido a una decisión de elegibilidad retroactiva tomada por la Administración del Seguro Social; o

(3) Experimentar un evento calificado identificado en los reglamentos adoptados de conformidad con la subsección (c) de esta sección del Código.

(i) Ninguna póliza o certificado emitido de conformidad con este capítulo prohibirá el pago realizado por terceros en nombre de solicitantes individuales o de individuos dentro de un grupo de solicitantes siempre que:

(1) El tercero es un familiar inmediato de una persona que ejerce legalmente un poder notarial o tutela legal vigente; o

(2) El tercero es una organización benéfica sin fines de lucro que:

(A) Es el solicitante designado de una opinión consultiva emitida por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) conforme a los requisitos de la Parte 1008 del Título 42 del CFR; y

(B) Proporciona, a pedido del emisor del complemento de Medicare, la opinión consultiva específica en la que se basó el tercero para realizar dicho pago y una certificación escrita de que la opinión consultiva está en pleno vigor y efecto y no ha sido rescindida, modificada o terminada por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

(j) Las primas de las pólizas de seguro complementario de Medicare pueden diferir entre las personas que califican para Medicare que tienen 65 años de edad o más y aquellas que califican para Medicare que son menores de 65 años de edad; siempre que tales diferencias en las primas no sean excesivas, inadecuadas o injustamente discriminatorias y se basen en principios actuariales sólidos y sean razonables en relación con los beneficios proporcionados.

CÓDIGO DE GA § 33-43-4

Las pólizas complementarias de Medicare deberán devolver a los asegurados beneficios que sean razonables en relación con la prima cobrada. El Comisionado deberá emitir reglamentos razonables para establecer estándares mínimos para los índices de siniestralidad de las pólizas complementarias de Medicare sobre la base de la experiencia de reclamaciones incurridas o los gastos de atención médica incurridos cuando la cobertura es proporcionada por una organización de mantenimiento de la salud sobre una base de servicio en lugar de reembolso, y primas devengadas de acuerdo con los principios y prácticas actuariales aceptados.

CÓDIGO DE GA § 33-43-5

(a) Para proporcionar una divulgación completa y justa en la venta de pólizas complementarias de Medicare, no se entregará ninguna póliza o certificado complementario de Medicare en este estado a menos que se entregue un resumen de la cobertura al solicitante en el momento en que realiza la solicitud.

(b) El Comisionado prescribirá el formato y el contenido del esquema de cobertura requerido por la subsección (a) de esta sección del Código. Para los fines de esta sección del Código, “formato” significa estilo, disposición y apariencia general, incluidos elementos tales como el tamaño, el color y la prominencia del tipo y la disposición del texto y los subtítulos. Dicho esquema de cobertura incluirá:

(1) Una descripción de los principales beneficios y coberturas provistos en la póliza;

(2) Una declaración de las excepciones, reducciones y limitaciones contenidas en la póliza;

(3) Una declaración de las disposiciones de renovación, incluida cualquier reserva por parte del emisor de un derecho a cambiar las primas; y

(4) Una declaración de que el esquema de cobertura es un resumen de la póliza emitida o solicitada y que la póliza debe consultarse para determinar las disposiciones contractuales que la rigen.

(c) El Comisionado podrá prescribir mediante reglamento un formulario estándar y el contenido de un folleto informativo para las personas que reúnen los requisitos para recibir Medicare, cuyo objetivo es mejorar la capacidad del comprador para seleccionar la cobertura más adecuada y mejorar la comprensión del comprador sobre Medicare. Excepto en el caso de las pólizas de seguro de respuesta directa, el Comisionado podrá exigir mediante reglamento que el folleto informativo se proporcione a cualquier asegurado potencial que reúna los requisitos para recibir Medicare simultáneamente con la entrega del esquema de cobertura. Con respecto a las pólizas de seguro de respuesta directa, el Comisionado podrá exigir mediante reglamento que el folleto

prescrito se proporcione a pedido a cualquier asegurado potencial que reúna los requisitos para recibir Medicare, pero en ningún caso el folleto se proporcionará después del momento de la entrega de la póliza.

(d) El Comisionado podrá prescribir mediante reglamento requisitos de subtítulos o avisos que se determine que son de interés público y diseñados para informar a los posibles asegurados que determinadas coberturas de seguro no son coberturas complementarias de Medicare para todas las pólizas de seguro de accidentes y enfermedades vendidas a personas elegibles para Medicare, excepto:

(1) Pólizas complementarias de Medicare; o

(2) Pólizas de ingresos por discapacidad.

(e) El Comisionado podrá adoptar reglamentos razonables para regir la divulgación completa y justa de la información relacionada con el reemplazo de pólizas de accidentes y enfermedades, contratos de suscriptores o certificados por parte de personas elegibles para Medicare.

CÓDIGO DE GA § 33-43-6

Las pólizas o certificados complementarios de Medicare deberán tener un aviso impreso de manera destacada en la primera página de la póliza o certificado que indique en esencia que el solicitante tendrá derecho a devolver la póliza o certificado dentro de los 30 días de su entrega y a que se le reembolse la prima si, después de examinar la póliza o certificado, el solicitante no está satisfecho por cualquier motivo. Todo reembolso realizado de conformidad con esta sección del Código deberá ser pagado directamente al solicitante por el emisor de manera oportuna.

CÓDIGO DE GA § 33-43-7

Todo emisor de seguro complementario de Medicare en este estado deberá proporcionar una copia de cualquier anuncio de suplemento de Medicare destinado a usarse en este estado, ya sea por medio escrito, radial o televisivo, al Comisionado para su revisión y aprobación.

Código de Georgia § 33-43-8

Los reglamentos adoptados de conformidad con este capítulo estarán sujetos a las disposiciones de este capítulo y de la Sección 33-2-9 del Código .

Capítulo 42. Seguro de atención a largo plazo

CÓDIGO DE GA § 33-42-1

Este capítulo puede conocerse y citarse como la “Ley de seguro de atención a largo plazo”.

CÓDIGO DE GA § 33-42-2

El propósito de este capítulo es promover el interés público, promover la disponibilidad de pólizas de seguro de atención a largo plazo, proteger a los solicitantes de seguro de atención a largo plazo según se define contra prácticas de venta o inscripción injustas o engañosas, establecer estándares para el seguro de atención a largo plazo, facilitar la

comprensión pública y la comparación de las pólizas de seguro de atención a largo plazo, y facilitar la flexibilidad y la innovación en el desarrollo de la cobertura del seguro de atención a largo plazo.

CÓDIGO DE GA § 33-42-3

Los requisitos de este capítulo se aplicarán a las pólizas de seguro de atención a largo plazo emitidas, entregadas o emitidas para entrega en este estado. Este capítulo no tiene por objeto reemplazar las obligaciones de las entidades sujetas a este capítulo de cumplir con la esencia de otras disposiciones aplicables de este título en la medida en que no entren en conflicto con este capítulo, excepto que las leyes y reglamentos diseñados y destinados a aplicarse a las pólizas de seguro complementario de Medicare no se aplicarán al seguro de atención a largo plazo. Una póliza que no se publicite, comercialice u ofrezca como seguro de atención a largo plazo no necesita cumplir con los requisitos de este capítulo.

CÓDIGO DE GA § 33-42-4

Tal como se utiliza en este capítulo, el término:

(1) “Solicitante” significa:

(A) En el caso de una póliza de seguro individual de atención a largo plazo, la persona que busca contratar dichos beneficios; y

(B) En el caso de una póliza de seguro de atención a largo plazo grupal, el titular del certificado propuesto.

(2) “Certificado” significa cualquier certificado emitido bajo una póliza de seguro de atención a largo plazo grupal, póliza que ha sido entregada o emitida para entrega en este estado.

(3) “Seguro de atención a largo plazo grupal” significa una póliza de seguro de atención a largo plazo que se emite, entrega o emite para entrega en este estado y se emite a:

(A) Cualquier grupo elegible según se define en la Sección 33-30-1 del Código ; o

(B) Un grupo distinto al descrito en la Sección 33-30-1 del Código , sujeto a una constatación del Comisionado de que:

(i) La emisión de la póliza de grupo no sea contraria al mejor interés público;

(ii) La emisión de la póliza de grupo daría lugar a economías de adquisición o administración; y

(iii) Los beneficios son razonables en relación con las primas cobradas.

(4) “Seguro de cuidados a largo plazo” significa cualquier póliza de seguro contra accidentes y enfermedades o cláusula adicional anunciada, comercializada, ofrecida o diseñada principalmente para brindar cobertura por no menos de 12 meses de beneficios consecutivos o que brinde cobertura para internaciones recurrentes separadas por un período que no exceda los seis meses con un período mínimo agregado de un año para cada persona cubierta sobre una base de gastos incurridos, indemnización, prepago u otra base, para uno o más servicios de diagnóstico, preventivos, terapéuticos, de rehabilitación, de mantenimiento o de cuidado personal necesarios o médicamente necesarios, brindados en un entorno que no sea una unidad

de cuidados agudos de un hospital. Dicho término incluye pólizas o cláusulas adicionales de seguro contra accidentes y enfermedades grupales e individuales, ya sean emitidas por aseguradoras, sociedades de beneficios fraternales, planes de atención médica, organizaciones de mantenimiento de la salud o cualquier otra organización similar. El seguro de cuidados a largo plazo no incluirá ninguna póliza de seguro contra accidentes y enfermedades que se ofrezca principalmente para brindar cobertura complementaria básica de Medicare, cobertura básica de gastos hospitalarios, cobertura básica de gastos médico-quirúrgicos, cobertura de indemnización por internación hospitalaria, cobertura de gastos médicos mayores, cobertura de protección de ingresos por discapacidad, cobertura catastrófica, cobertura integral, cobertura solo por accidentes, cobertura por enfermedades específicas o accidentes específicos o cobertura de salud con beneficios limitados. El seguro de cuidados a largo plazo se puede proporcionar a través de una póliza de seguro de vida individual o grupal mediante la inclusión de una cláusula adicional de cuidados a largo plazo o mediante la inclusión automática de una disposición de cuidados a largo plazo que, a pesar de la Sección 33-42-3 del Código , debe cumplir con los requisitos de este capítulo y las reglamentaciones promulgadas por el Comisionado. Dichas cláusulas adicionales de cuidados a largo plazo o disposiciones de póliza no estarán exentas de los requisitos de presentación y deben presentarse ante el departamento para su aprobación antes de usarse en este estado.

(5) “Póliza” significa cualquier póliza, contrato o acuerdo de suscripción o cualquier cláusula adicional o endoso adjunto a los mismos, emitidos, entregados, emitidos para entrega o renovados en este estado por una aseguradora, sociedad de beneficios fraternales, plan de atención médica, organización de mantenimiento de la salud o cualquier otra organización similar. Dicho término también incluirá una póliza aprobada por el Programa de Asociación de Atención a Largo Plazo Calificada de Georgia, según se define en el párrafo (4) de la Sección 49-4-161 del Código , que cumpla con los requisitos del Programa de Asociación de Atención a Largo Plazo Calificada de Georgia según lo promulgado en la subsección (a) de la Sección 49-4-162 del Código .

CÓDIGO DE GA § 33-42-5

No se puede ofrecer ninguna cobertura de seguro de atención a largo plazo grupal a un residente de este estado bajo una póliza grupal emitida en otro estado a un grupo descrito en el subpárrafo (B) del párrafo (3) de la Sección 33-42-4 del Código a menos que este estado u otro estado que tenga requisitos reglamentarios y estatutarios de seguro de atención a largo plazo sustancialmente similares a los adoptados en este estado haya determinado que se han cumplido dichos requisitos.

CÓDIGO DE GEORGIA § 33-42-6

(a) El Comisionado puede adoptar reglamentos que incluyan normas para la divulgación completa y justa que establezcan la manera, el contenido y las divulgaciones requeridas para la venta de pólizas de seguro de atención a largo plazo y para cualquier término aplicable de renovación, condiciones iniciales y posteriores de elegibilidad, no duplicación de disposiciones de cobertura, cobertura de dependientes, condiciones preexistentes, terminación del seguro, períodos de prueba, limitaciones,

excepciones, reducciones, períodos de eliminación, requisitos de reemplazo, condiciones recurrentes y definición de términos.

(b) Ninguna póliza de seguro de cuidados a largo plazo podrá:

(1) Ser cancelado, no renovado o de otro modo terminado por motivos de la edad o el deterioro de la salud mental o física del individuo asegurado o del titular del certificado;

(2) Contener una disposición que establezca un nuevo período de espera en caso de que la cobertura existente se convierta o se reemplace por una nueva póliza u otra forma de póliza dentro de la misma compañía, excepto con respecto a un aumento en los beneficios seleccionados voluntariamente por el individuo asegurado o el titular de la póliza grupal; o

(3) Proporcionar cobertura únicamente para atención de enfermería especializada o proporcionar cobertura para otros niveles de atención que sea irrazonablemente inferior a la cobertura proporcionada para atención de enfermería especializada en un centro.

(c)(1) Ninguna póliza o certificado de seguro de atención a largo plazo utilizará una definición de “condición preexistente” que sea más restrictiva que la siguiente: Condición preexistente significa la existencia de síntomas que harían que una persona normalmente prudente buscara diagnóstico, atención o tratamiento, o una condición para la cual un proveedor de servicios de atención médica recomendó o recibió asesoramiento o tratamiento médico de un proveedor, dentro de los seis meses anteriores a la fecha efectiva de cobertura de una persona asegurada.

(2) Ninguna póliza de seguro de cuidados a largo plazo podrá excluir la cobertura por una pérdida o confinamiento que sea resultado de una condición preexistente a menos que dicha pérdida o confinamiento comience dentro de los seis meses siguientes a la fecha efectiva de la cobertura de una persona asegurada.

(3) El Comisionado podrá extender los plazos de prescripción establecidos en los párrafos (1) y (2) de esta subsección respecto de categorías de grupos de edad específicos o formularios de pólizas específicos si considera que la extensión redunda en el mejor interés del público.

(4) La definición de “condición preexistente” no prohibirá a una aseguradora utilizar un formulario de solicitud diseñado para obtener el historial médico completo de un solicitante y, sobre la base de las respuestas en esa solicitud, suscribir de acuerdo con los estándares de suscripción establecidos por esa aseguradora. A menos que se disponga lo contrario en la póliza o certificado, una condición preexistente, independientemente de si se divulga en la solicitud, no necesita estar cubierta hasta que expire el período de espera previsto en el párrafo (2) de esta subsección. Ninguna póliza o certificado de seguro de atención a largo plazo puede excluir o utilizar exenciones o cláusulas adicionales de ningún tipo para excluir, limitar o reducir la cobertura o los beneficios de enfermedades o condiciones físicas preexistentes específicamente nombradas o descritas más allá del período de espera descrito en el párrafo (2) de esta subsección.

(d)(1) Ninguna póliza de seguro de cuidados a largo plazo que proporcione beneficios solamente después de la institucionalización condicionará dichos beneficios a la

admisión a una instalación por la misma condición o una condición relacionada dentro de un período de menos de 30 días después del alta de la institución.

(2) No obstante lo dispuesto en el párrafo (1) de esta subsección, no se podrá entregar ni emitir para entrega en este estado ninguna póliza de seguro de cuidados a largo plazo que condicione la elegibilidad de los beneficios a la hospitalización previa, a menos que la aseguradora u otra entidad que ofrezca esa póliza también ofrezca una póliza de seguro de cuidados a largo plazo que no condicione la elegibilidad de los beneficios a tal requisito.

(e) El Comisionado podrá adoptar reglamentos que establezcan normas de índice de pérdidas para las pólizas de seguro de atención a largo plazo, siempre que el reglamento contenga una referencia específica a las pólizas de seguro de atención a largo plazo.

(f) Los titulares de pólizas de seguro de cuidados a largo plazo individuales tendrán derecho a devolver la póliza dentro de los 30 días de su entrega y a que se les reembolse la prima si, después de examinar la póliza, el titular de la póliza no está satisfecho por cualquier motivo. Las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo individuales tendrán un aviso impreso de manera destacada en la primera página de la póliza o adjunto a la misma que indique en esencia que el titular de la póliza tendrá derecho a devolver la póliza dentro de los 30 días de su entrega y a que se les reembolse la prima si, después de examinar la póliza, el titular de la póliza no está satisfecho por cualquier motivo. Las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo o los certificados emitidos de conformidad con una solicitud de respuesta directa tendrán un aviso impreso de manera destacada en la primera página o adjunto a la misma que indique en esencia que la persona asegurada tendrá derecho a devolver la póliza dentro de los 30 días de su entrega y a que se les reembolse la prima si, después de examinar la póliza o el certificado, la persona asegurada no está satisfecha por cualquier motivo.

(g) Se deberá entregar un resumen de la cobertura al solicitante de una póliza individual de seguro de atención a largo plazo en el momento de la solicitud de la póliza individual. En el caso de solicitudes de respuesta directa, la aseguradora deberá entregar el resumen de la cobertura a pedido del solicitante, pero independientemente de cuál sea el pedido, deberá realizar dicha entrega a más tardar en el momento de la entrega de la póliza. Dicho resumen de la cobertura deberá cumplir con las disposiciones aplicables de la Sección 33-29-13 del Código .

(h) Un certificado emitido de conformidad con una póliza de seguro de atención a largo plazo grupal, que se emite, entrega, emite para entrega o renueva en este estado, deberá incluir:

(1) Una descripción de los principales beneficios y coberturas provistos en la póliza;

(2) Una declaración de las principales exclusiones, reducciones y limitaciones contenidas en la póliza;

(3) Una declaración de que la póliza maestra del grupo determina las disposiciones contractuales que rigen el contrato; y

(4) Cualquier otra disposición que el Comisionado pueda razonablemente exigir.

(i) Ninguna póliza podrá ser anunciada, comercializada u ofrecida como seguro de atención a largo plazo a menos que cumpla con las disposiciones de este capítulo.

Machine Translated by Google

Pearson VUE

JOHN F. KING
Comisionado de Seguridad y Seguros contra Incendios

Georgia
Licencias de seguros

MANUAL DEL CANDIDATO

Octubre de 2024

#121100 | 10/2024

Machine Translated by Google

Vista de Pearson
INFORMACIÓN SOBRE LICENCIAS

Seguros Pearson VUE Georgia

TELÉFONO

(800) 274-8969

HORAS

De lunes a viernes de 8 am a 5 pm

(Hora estándar del este)

Correo electrónico

pvgainsurance@pearson.com

Sitio web

www.pearsonvue.com

Vista de Pearson
INFORMACIÓN DEL EXAMEN

Los candidatos pueden comunicarse con Pearson VUE si tienen preguntas sobre este manual o sobre un próximo examen.

Seguros Pearson VUE Georgia

A la atención de: Programa Regulatorio

5601 Valle Verde Dr.
Bloomington, Minnesota 55437

TELÉFONO

(800) 274-0488

Correo electrónico

pearsonvueservicioalcliente@pearson.com

Sitio web

www.pearsonvue.com

REFERENCIA RÁPIDA

RESERVAS

Antes de realizar una reserva de examen

Los candidatos deben revisar minuciosamente este manual, que contiene resúmenes del contenido del examen e información importante sobre la elegibilidad y el proceso del examen.

Cómo hacer una reserva para un examen

Los candidatos pueden hacer una reserva visitando www.pearsonvue.com/us/en/ga/insurance.html • Llamando a

Pearson VUE Nota: Los

puntajes no se entregarán por teléfono.

Los candidatos deberán hacer una reserva en línea o por teléfono al menos veinticuatro (24) horas antes de la fecha de examen deseada.

No se encuentran disponibles exámenes sin cita previa.

El chat en vivo está disponible para atender sus consultas de soporte y es la forma más rápida de comunicarse con un agente de servicio al cliente. Está disponible de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes, sujeto a cambios durante los feriados designados localmente.

Visite www.pearsonvue.com/us/en/ga/insurance.html#contact
Para mayor información.

Copyright ©2024 Pearson Education, Inc. o sus filiales. Todos los derechos reservados. pubs_orders@Pearson.com

Machine Translated by Google

TABLA DE CONTENIDO

DESCRIPCIÓN GENERAL 1

REQUISITOS DE LICENCIA DE GEORGIA 3

Requisitos generales para obtener una licencia 3
Procedimientos para solicitar una licencia .....3 Tipos de licencias y requisitos 4

REQUISITOS DE SOLICITUD DE GEORGIA .. 6

Requisitos del Certificado de Autoridad (Designación de CA) .....10 Licencias para no residentes 10
Requisitos para la renovación de la licencia.....10 Requisitos de educación continua (CE).....11 Requisitos para la concesión de licencias de la agencia.....12 Otras transacciones de concesión de licencias.....13

RESERVAS DE EXÁMENES 14

Reserva de plaza para un examen.....14 Tarifas de examen.....14
Política de cambios/cancelaciones 14
Política de ausencias/llegadas tarde 15
Retrasos y cancelaciones por mal tiempo 15
Alojamiento .....15 Inglés como segundo idioma (ESL) .....16 Exámenes de español 16

DÍA DEL EXAMEN 17

Qué traer 17
Procedimientos del examen 17
Acerca del examen .....18 Explicación de la puntuación .....19 Informe de la puntuación .....19 Política de repetición de exámenes .....19 Revisión de exámenes .....19 Preguntas o comentarios sobre el examen .....19 Informes de puntuación duplicados .....19 Políticas del centro de pruebas 20

PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN..... 22

Consejos útiles.....22 Esquemas de contenido.....22
Materiales de estudio 22

ESQUEMAS DE CONTENIDO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESL

Machine Translated by Google

El manual del candidato es una herramienta útil para prepararse para un examen.

Se recomienda encarecidamente revisar el manual de seguros de Georgia, prestando especial atención a los resúmenes de contenido, antes de tomar el examen.

Las personas que deseen obtener una licencia de seguros en el estado de Georgia deben:

1. Completar toda la educación previa a la obtención de la licencia.

   Completar toda la educación requerida previa a la obtención de la licencia (si es necesario).

2. Hacer una reserva y pagar la tarifa del examen.

   Haga una reserva con Pearson VUE para el examen.

3. Haz tu examen.

   Acuda al centro de pruebas trayendo todos los materiales requeridos.

4. Declaración jurada de ciudadanía completa

   Los solicitantes de una nueva licencia deben presentar un Formulario de Declaración Jurada de Ciudadanía (GID-276-EN) notariado que certifique ya sea a la ciudadanía estadounidense o a la presencia legal. Una copia del formulario requerido, junto con las instrucciones
   Para completar el formulario, se puede descargar del sitio web del Departamento de Seguros de Georgia en https://oci.georgia.gov/citizenship-affidavit.

   El formulario completo y firmado y una copia del frente de uno de los documentos de identificación seguros y verificables enumerados en el formulario deben presentarse junto con la solicitud de licencia en línea.

   Esta declaración jurada completa y la copia de los documentos de identificación deben cargarse cuando presente la solicitud en NIPR. o Sircon.

   Estas son instrucciones para cargar documentos a su aplicación en NIPR Warehouse o Sircon portal.

   Su solicitud no podrá procesarse para su aprobación hasta que este formulario y los archivos adjuntos se carguen con su solicitud en el Almacén NIPR o en el portal Sircon .

5. Solicitar una licencia.

   Después de aprobar el examen, solicite su licencia en línea en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com.
   Para obtener más información sobre cómo obtener una licencia, visite https://oci.ga.gov. • Después de 60

   días a partir de la fecha de notificación de deficiencia en la solicitud, si la solicitud sigue incompleta, se cerrará y el solicitante perderá el derecho a la tarifa de solicitud de licencia. En ese momento, el solicitante deberá volver a presentar la solicitud y volver a pagar la tarifa de solicitud.

   • Para transferir una licencia de residente de otro estado a Georgia, deberá solicitar una Carta de Autorización de su estado anterior. Una vez que su licencia esté inactiva, tendrá noventa (90) días para solicitar su Licencia de Residente de Georgia para ser elegible para estar exento de los cursos, exámenes y toma de huellas dactilares previos a la obtención de la licencia.

Machine Translated by Google

6. Registro completo de huellas dactilares

Todos los solicitantes de licencias de residencia nuevas y las personas que soliciten la reinstalación después de seis (6) meses de la fecha de vencimiento deben registrarse en Fieldprint para tomar huellas digitales. Los solicitantes deben presentar una solicitud de licencia en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com Antes de registrarse para tomar las huellas dactilares.

Una vez enviada la solicitud de licencia, visite https://fieldprintgeorgia.com/ para registrarse. Los solicitantes recibirán un correo electrónico de aprobación de registro de Fieldprint. Lleve su mensaje de aprobación a una sala de huellas digitales. sitio y tomarán sus huellas dactilares.

El procedimiento de toma de huellas dactilares se puede ver aquí: https://oci.georgia.gov/document/document/background-check-fingerprinting-procedure/download.

El estado del registro y la ubicación de los sitios de toma de huellas dactilares se pueden revisar aquí: https://fieldprintgeorgia.com/

Después de solicitar la licencia en Sircon o NIPR, complete el registro de huellas dactilares.

7. Para agencias: obtenga la aprobación del nombre de la agencia

Todas las agencias de seguros residentes y no residentes que utilicen un nombre comercial o DBA que incluya una de las siguientes palabras restringidas deben obtener una Aceptación de Aprobación de Nombre: Aseguramiento, Anualidad, Beneficio, Descuento, Fidelidad, Garantía, Salud, Seguro, Indemnización, Vida, Médico, Gerente, Farmacia, Recíproco, Reaseguro, Reaseguro, Liquidación, Sindicato, Garantía, Compartir y Viático.

La entidad debe obtener una Carta de Aceptación de Aprobación de Nombre antes de solicitar una licencia de seguro. La carta de aceptación de la aprobación del nombre debe presentarse junto con la solicitud de licencia. La ausencia de una carta de aceptación de la aprobación del nombre retrasará la aprobación de la licencia. Complete y envíe la solicitud de aprobación del nombre en línea en https://oci.georgia.gov/agents-agency-licensing/agency-licensing-renewals/

¿Cómo hago el proceso de aprobación del nombre de una agencia?

8. Instrucciones para cargar documentos al almacén NIPR y Sircon

Sube documentos a tu aplicación en el NIPR Warehouse o Sircon Portal. Sus documentos solo se pueden cargar en el lugar donde realizó la solicitud.

EXÁMENES DE PRÁCTICA

Las pruebas de práctica se ofrecen exclusivamente en línea en www.pearsonvue.com, Esto les brinda a los candidatos aún más oportunidades de tener éxito en los exámenes de seguros. Nuestras pruebas de práctica no solo prepararán a los candidatos para los tipos de preguntas que verán en el examen de licencia, sino que también los familiarizarán con la realización de exámenes por computadora.

Pearson VUE ofrece exámenes de práctica en las áreas de vida, salud y daños materiales y accidentes que contienen preguntas desarrolladas por expertos en la materia utilizando conceptos que se encuentran en la parte general del examen de licencia. Los exámenes reflejan fielmente el formato del examen de licencia real, se pueden calificar al instante y brindan retroalimentación inmediata para ayudar a los candidatos a identificar las respuestas correctas e incorrectas. Los candidatos pueden comprar exámenes de práctica en cualquier momento en www.pearsonvue.com.

Machine Translated by Google

REQUISITOS DE LICENCIA DE GEORGIA

CALIFICACIONES GENERALES PARA LA LICENCIA

El Código Oficial de Georgia Anotado, Título 33, Capítulo 23 y Capítulo 120-2-3 de las Normas y Reglamentos de la Oficina del Comisionado de Seguros cubren la concesión de licencias a agentes, subagentes, liquidadores y asesores de seguros. Otros tipos de licencias se cubren en secciones específicas del código y las normas.

La información de esta sección se ofrece como una guía general para los nuevos solicitantes residentes que califican mediante un examen y responde a las preguntas más frecuentes sobre licencias. Para obtener información autorizada específica, los solicitantes deben comunicarse con su compañía de seguros o consultar las secciones del código y/o las normas correspondientes.

TENGA EN CUENTA

- Todos los solicitantes nuevos residentes, excepto los licenciatarios activos y las personas que soliciten la reinstalación dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha de vencimiento, deberán presentar huellas digitales electrónicas para una verificación de antecedentes penales. El solicitante deberá asumir el costo de la toma de huellas digitales electrónicas. La información sobre los requisitos de huellas dactilares se puede encontrar en el sitio web del Departamento.

- Al momento de expedirse la licencia de agente, el licenciatario debe obtener un certificado de autoridad de cada aseguradora a la que representará. El patrocinio de una aseguradora sigue siendo necesario para todos los solicitantes de licencias temporales.

- Los servicios de solicitud electrónica en línea están disponibles en www.sircon.com/georgia y www.nipr.com.

- El Departamento de Seguros de Georgia emite una licencia de agente por dos años que vence el último día del mes de nacimiento del titular. Como resultado, los nuevos solicitantes de una licencia de agente recibirán una licencia con un plazo inicial que varía entre 18 y 29 meses, según el mes de nacimiento del solicitante. La nueva licencia de agente expirará el último día del mes de nacimiento del titular de la licencia.

- Los solicitantes de una nueva licencia también deben presentar un formulario de declaración jurada de ciudadanía notariado. (GID-276-EN) que acredite la ciudadanía estadounidense o la presencia legal en los Estados Unidos. Se puede descargar una copia del formulario requerido, junto con las instrucciones para completarlo, del sitio web del Departamento de Seguros de Georgia en https://oci.ga.gov.

PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR UNA LICENCIA

El procedimiento general para solicitar una licencia es registrarse y aprobar el examen requerido y luego enviar una solicitud en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com. Las reservas de exámenes se describen en la sección Reservas de exámenes .

Deficiencias de la aplicación

Si envía una solicitud incompleta, recibirá un (1) aviso de deficiencia enviado al correo electrónico comercial que figura en su solicitud. Tiene sesenta (60) días para resolver cualquier deficiencia. Si su solicitud continúa incompleta después de sesenta (60) días, se cerrará y deberá volver a presentar la solicitud. No hay reembolsos.

Machine Translated by Google

TIPOS DE LICENCIA Y CALIFICACIONES

A los agentes de seguros calificados se les otorga una licencia de Georgia que enumera el tipo de licencia para el cual el agente está calificado para vender. El agente debe cumplir con los requisitos de licencia para cada tipo de licencia antes de obtener la licencia.

TIPO DE LICENCIA	Residente	No-Residente	Documentos de Seguridad Social	Accidente & Enfermedad	siniestra	Cultivo/ Salve	Crédito	Salud	Vida		Personal	Título de propiedad de líneas		Viajar Accidente & Enfermedad	Viajar Boleto	Variable Productos	Trabajadores Compensación
Agencia																	
Agencia principal																	
Agencia sucursal																	
Vendedores minoristas de Electrónica portátil																	
Proveedor de autoalmacenamiento																	
Compañía de alquiler																	
Individual																	
Agente																	
Agente temporal																	
Subagente limitado																	
Comedor de líneas excedentes																	
Consejero																	
Salud limitada Consejero																	
Navegante residente																	
Militares extranjeros																	
Dificultad temporal																	
Agente fraternal																	
Ajustador (individual)																	
Ajustador																	
Ajustador de cultivos/granizo																	
Ajustador público																	
Ajustador de compensación laboral																	

Machine Translated by Google

Requisitos del solicitante

Para calificar para una licencia de agente residente de Georgia, el solicitante debe:

- Ser residente de Georgia o tener una dirección comercial en Georgia.
- Tener al menos 18 años de edad.
- Completar la educación previa a la obtención de la licencia.
- Obtener una puntuación aprobatoria en el examen correspondiente.
- Complete una solicitud en línea en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com.
- Declaración jurada de ciudadanía GID-276-EN completa e identificación verificable https://oci.georgia.gov/citizenship-declaración jurada
- Huellas digitales electrónicas completas •

Tener buena conducta y el Departamento de Seguros de Georgia puede rechazarle la licencia si encuentra alguna de las siguientes siguientes motivos enumerados en OCGA § 33-23-21

Transferir una licencia de residencia de otro estado a Georgia

Para transferir una licencia de residente de otro estado a Georgia, deberá solicitar una carta de autorización de su estado anterior. Una vez que su licencia esté inactiva, tendrá noventa (90) días para solicitar su licencia de residente de Georgia para ser elegible para estar exento de los cursos, exámenes y toma de huellas dactilares previos a la obtención de la licencia.

Licencia temporal

Un agente de seguros temporal es una persona que vende, solicita o negocia seguros a través de una aseguradora específica. Las licencias temporales se emiten en nombre de una aseguradora. Requiere que una compañía de seguros patrocine a la persona para la obtención de la licencia y un agente supervisor que esté autorizado y designado por la compañía de seguros patrocinadora. Un licenciatario está limitado a una licencia temporal de por vida.

La licencia inicial se otorga por seis (6) meses a partir de la fecha de emisión. La licencia puede extenderse (renovarse) en intervalos de 3 meses, por un período máximo de quince (15) meses a partir de la fecha de emisión original. En ningún momento, la licencia puede exceder los quince (15) meses.

Las licencias temporales son para solicitantes residentes; las licencias temporales son solo para agentes.

Las líneas de autoridad que pueden optar a una licencia de agente temporal son: seguros de vida, accidentes y enfermedades, daños materiales y personales. Los agentes temporales solo pueden tener las mismas líneas de autoridad que el agente supervisor.

Para solicitar una nueva licencia temporal:

- Visite www.sircon.com/georgia y seleccione solicitar una licencia.
- Para este tipo de licencia, es necesario contar con una aseguradora y un agente patrocinadores. Adjunte el formulario de la aseguradora y el agente patrocinadores. Formulario de certificación de agente para su solicitud de licencia.
- Debe presentar un formulario de declaración jurada de ciudadanía (GID-276-EN) notariado que acredite la ciudadanía estadounidense o la presencia legal en el país. Se puede descargar una copia del formulario requerido, junto con las instrucciones para completarlo, del sitio web del Departamento de Seguros de Georgia en https://oci.georgia.gov/citizenship-affidavit .
- Toma de huellas dactilares completa. El procedimiento de toma de huellas dactilares se puede consultar aquí: https://oci.georgia.gov/document/document/background-check-fingerprinting-procedure/download.

Para extender (renovar) su licencia temporal:

- Visite www.sircon.com/georgia y seleccione solicitar una licencia. NO haga clic en “Renovar o restablecer una licencia” ya que Esta no es la función utilizada para extender una licencia temporal.
- Los ciudadanos no estadounidenses deben presentar un formulario de declaración jurada de ciudadanía (GID-276-EN) notariado que acredite la ciudadanía estadounidense o la presencia legal en el país. Se puede descargar una copia del formulario requerido, junto con las instrucciones para completarlo, del sitio web del Departamento de Seguros de Georgia en https://oci.georgia.gov/citizenship-affidavit.

Las licencias temporales no se transfieren ni se convierten en una licencia de agente residente. Para solicitar una licencia de agente residente, visite www.sircon.com/georgia. Los requisitos de licencia se enumeran en la sección Requisitos de solicitud de Georgia de este manual.

Machine Translated by Google

REQUISITOS DE SOLICITUD DE GEORGIA

Tipo de licencia	Requisitos para el	código de examen	Educativo Requisitos o Otros requisitos previos	Exenciones de educación y exámenes Requisitos	Patrocinio/ Certificado de Autoridad (CA)	Cómo hacerlo Entregar	Especial Secundario Documentos/ Normas	Licencia y Tarifas de procesamiento
Agente	01 Vida 02 Accidente y Enfermedad 05 Vida y Accidente & Enfermedad	yo COMO L, COMO	Curso de vida de 20 horas y curso de accidentes y enfermedades de 20 horas. Curso de enfermedad realizado en los últimos 12 meses	CLU, Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros", Doctorado en seguros, FLMI	Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente	03 Propiedad 04 Víctima 06 Propiedad y Víctima 55 líneas personales	PAG do P, C ES	Curso de Propiedad de 20 horas, Curso de Accidentes de 20 horas y Curso de Personal de 20 horas. Líneas de cursos tomados en los últimos 12 meses	Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros", Doctorado en seguros, CIC, CISR, CRM	Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente	(Sin examen) Crédito CR		Certificación de cumplimiento de las Reglas 120-2-3-.29(1) (a)3.(i) y (ii).		Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com	Certificación de Cumplimiento de Normas (formulario GID-101PL-AL).	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente	(Sin examen) Viajes Boleto	T.T.	Ninguno		Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente	(Sin examen) Viajes Accidente & Enfermedad	FRENTE A	Ninguno		Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente	62 variables Agente de producto	Vicepresidente	Curso de prelicencia de vida variable de 8 horas realizado dentro de los últimos 12 meses Y debe tener licencia de agente con clase de vida		Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com	Autoridad Reguladora Financiera Proceso de dar un título (Serie 6, 7, IR o GS	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente Temporal (Sin examen)		L, A, P, C, PL	Ninguno		Asegurador/Agente patrocinador Formulario de certificación	es.sircon.com solo		Licencia: $50 Tarifa de procesamiento: $20 Certificado de autorización: $10
Subagente limitado (sin examen)		Cualquier clase	20 horas en la calificación solicitando		**Aseguradora patrocinadora/ Formulario de certificación de agente	es.sircon.com solo	Enviado por Patrocinio Agente	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20 Certificado de autorización: $5
Ajustador	24 Ajustador	P, C	40 horas Propiedad y Curso de accidentes realizado en los últimos 12 meses	Universidad Central de Cuba, UCC, Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros", Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Ajustador público	20 Ajustador público P, C		40 horas Propiedad y Curso de accidentes realizado en los últimos 12 meses	Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros", Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Fianza de $5,000 (formulario GID-113)	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20

*La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros solo exime de la formación previa a la obtención de la licencia. La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros no exime del requisito de examen.

**Solo se requiere si la solicitud no es presentada por el agente patrocinador.

Machine Translated by Google

Tipo de licencia	Código de examen	Calificaciones	Educativo Requisitos o Otros requisitos previos	Exenciones de educación y exámenes Requisitos	Patrocinio/ Certificado de Autoridad (CA)	Cómo hacerlo Entregar	Especial Secundario Documentos/ Normas	Licencia y Tarifas de procesamiento
Compensación al trabajador Ajustador	(Sin examen)		Trabajadores certificados Compensación Designación Profesional	CPCU o UCC	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Certificado CWCP	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Ajustador de granizo en cultivos (sin examen)		n / A	Tarjeta CAPP	CPCU o UCC	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Tarjeta CAPP	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Consejero	40 Vida y Accidente & Enfermedad Consejero	L, COMO	5 años de experiencia	CIUDAD , CLU, CIC, FLMI, REBC, Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros*, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Fianza de $5,000 (formulario GID-112)	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Consejero	41 Propiedad & Accidentes Consejero	P, C	5 años de experiencia	AAI, CIC, CPCU, REBC, Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros*, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Fianza de $5,000 (formulario GID-112)	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Agente fraternal	(Sin examen)	L, COMO	Ninguno		Se requiere CA de la empresa al momento de la solicitud	es.sircon.com y nipr.com	Enviado por CO patrocinador	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Salud limitada Consejero	42 Salud limitada Consejero		Ninguno	CIC, CLU, FLMI, REBC, RHU, 5 años de experiencia	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Fianza de $5,000 (formulario GID-112)	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Navegador	84 Navegante	NAVÍAS	Curso de Navegante de 10 horas realizado en los últimos 12 meses		No requerido	GID-369-AL	Capacitación federal Certificado	Licencia: $50 Tarifa de procesamiento: $5
Líneas excedentes Corredor	50 líneas excedentes Corredor	P, C	Ninguno, pero debe mantenerse Licencia de agente de GA con Propiedad, accidentes	CPCU exime examen	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Fianza de $50,000 (formulario GID-114)	Licencia: $600 Tarifa de procesamiento: $20

*La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros solo exime de la formación previa a la obtención de la licencia. La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros no exime del requisito de examen.

Machine Translated by Google

Tipo de licencia	Código de examen	Calificaciones	Educativo Requisitos o Otros requisitos previos	Exenciones de educación y exámenes Requisitos	Patrocinio/ Certificado de Autoridad (CA)	Cómo hacerlo Entregar	Especial Secundario Documentos/ Normas	Licencia y Tarifas de procesamiento
No residente Agente	(Sin examen)	P, C, L, AS, CR, TT, TA, vicepresidente, PL	Ninguno		Se requiere CA de la empresa después de obtener la licencia	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Líneas excedentes Corredor	(Sin examen)	P, C	Ninguno, pero debe mantenerse Licencia de agente con Propiedad, accidentes		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $600 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Agente fraternal	(Sin examen)	L, COMO	Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Navegador	(Sin examen)	NAVÍAS	Ninguno		No requerido	es.sircon.com solo	Si el estado residente no otorga licencia Navegantes, califíquense tomando 84 Navegante examen	Licencia: $50 Tarifa de procesamiento: $5
No residente Consejero	(Sin examen)	L, COMO	Ninguno	CIUDAD , CLU, CIC, FLMI, REBC, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Si el estado de residencia no otorga licencias a los consejeros, califique tomando el examen de consejero de GA para obtener la licencia de consejero que desea tener.	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Consejero	(Sin examen)	P, C	Ninguno	AAI, CIC, Universidad Central de Venezuela, REBC, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Si el estado de residencia no otorga licencias a los consejeros, califique tomando el examen de consejero de GA para obtener la licencia de consejero que desea tener.	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20

Machine Translated by Google

Tipo de licencia	Código de examen	Calificaciones	Educativo Requisitos o Otros requisitos previos	Exenciones de educación y exámenes Requisitos	Patrocinio/ Certificado de Autoridad (CA)	Cómo hacerlo Entregar	Especial Secundario Documentos/ Normas	Licencia y Tarifas de procesamiento
No residente Salud limitada Consejero	(Sin examen)		Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com	Si el estado de residencia no otorga licencias a los consejeros, califique tomando el examen de consejero de GA para obtener la licencia de consejero que desea tener.	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Ajustador	(Sin examen)	P, C	Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Compensación al trabajador Ajustador	(Sin examen)	WC	Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Ajustador de granizo para cultivos	(Sin examen)	Cultivo	Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Ajustador público	(Sin examen)	P, C	Ninguno		No requerido	es.sircon.com y nipr.com		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Ajustador DHS GA	24 Ajustador	P, C	40 horas Propiedad y Curso de accidentes realizado en los últimos 12 meses	Universidad Central de California (UCC) Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros*, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com solo		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Ajustador público Departamento de Seguridad Nacional de Georgia	20 Ajustador público P, C		40 horas Propiedad y Curso de accidentes realizado en los últimos 12 meses	Universidad Central de Colinas Interiores Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros*, Doctorado en seguros	No requerido	es.sircon.com solo		Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Del trabajador Compensación Ajustador DHS GA	(Sin examen)		Trabajadores certificados Compensación Designación Profesional	CPCU o UCC	No requerido	es.sircon.com solo	CWCP Certificado	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
No residente Granizo en los cultivos Ajustador DHS GA	(Sin examen)		Tarjeta CAPP	CPCU o UCC	No requerido	es.sircon.com solo	Tarjeta CAPP	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20

*La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros solo exime de la formación previa a la obtención de la licencia. La Licenciatura en Administración de Empresas en Seguros no exime del requisito de examen.

Machine Translated by Google

REQUISITOS DEL CERTIFICADO DE AUTORIDAD (NOMBRAMIENTO DE CA)

Para realizar negocios de seguros, todos los agentes deben obtener una designación CA directamente con una o más compañías de seguros. Las designaciones CA cubrirán todas las clases de seguros que tengan en común el agente y la aseguradora. Las nuevas designaciones CA para agentes con licencia anterior serán válidas a partir de la fecha en que la aseguradora las envíe al Departamento. La aseguradora tiene la responsabilidad de verificar que se haya emitido la designación CA.
CA Los nombramientos para nuevos licenciatarios son válidos únicamente tras la emisión de una licencia permanente.

La compañía de seguros renovará anualmente los nombramientos de CA. Los nombramientos de CA finalizarán automáticamente al vencimiento o cancelación de la licencia. Los nombramientos de CA también pueden finalizarse a pedido escrito de la aseguradora o el agente.

LICENCIAS PARA NO RESIDENTES

Un no residente debe tener licencia como agente, corredor de seguros excedentes, asesor o ajustador con respecto a cualquier actividad de seguros en Georgia. Un agente no residente también debe estar designado en Georgia. Las licencias para no residentes solo tienen clases de licencia que son comunes con las clases que se ofrecen en la licencia de residente del estado de origen del titular de la licencia. Solicite una licencia para no residentes en línea en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com.

Las licencias para no residentes se renuevan cada dos años. El Departamento de Seguros de Georgia realizará una verificación en la Base de Datos de Productores (PDB) para verificar la licencia del estado de origen. Se debe abonar una tarifa de renovación al presentar la solicitud de renovación.

Las personas que posean una licencia de no residente y deban cumplir con los requisitos de educación continua en su estado de residencia o estado de origen designado (DHS) se considerarán en cumplimiento con los requisitos de educación continua según este capítulo.

Los nuevos solicitantes de licencias de no residentes deben presentar un formulario de declaración jurada de ciudadanía notariado (GID-276-EN) que acredite la ciudadanía estadounidense o la presencia legal en el país. Se puede descargar una copia del formulario requerido, junto con las instrucciones para completarlo, del sitio web del Departamento de Seguros de Georgia en https://oci.georgia.gov/citizenship-affidavit.

El formulario completo y firmado y una copia del anverso y reverso de uno de los documentos de identificación seguros y verificables enumerados en el formulario deben presentarse junto con la solicitud de licencia en línea.

Todas las agencias de seguros no residentes que utilicen un nombre comercial o DBA que incluya una de las siguientes palabras restringidas deben obtener una Aceptación de Aprobación de Nombre: Aseguramiento, Anualidad, Beneficio, Descuento, Fidelidad, Garantía, Salud, Seguro, Indemnización, Vida, Médico, Gerente, Farmacia, Recíproco, Reaseguro, Reaseguro, Liquidación, Sindicato, Garantía, Compartir y Viático.

La entidad debe obtener una carta de aceptación de aprobación de nombre antes de solicitar una licencia de seguros. La carta de aceptación de aprobación de nombre debe presentarse junto con la solicitud de licencia. La ausencia de una carta de aceptación de aprobación de nombre retrasará la aprobación de la licencia. Complete y envíe la solicitud de aprobación de nombre en línea en https://oci.georgia.gov/agents-agency-licensing/agency-licensing-renewals/how-do-i-agency-name-approval-process.

CALIFICACIONES PARA LA RENOVACIÓN DE LA LICENCIA

La renovación de licencias se puede realizar en línea en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com. Los avisos de renovación se envían por correo electrónico noventa (90) días antes de la fecha de vencimiento de la licencia. Las renovaciones deben realizarse antes de la fecha de vencimiento de la renovación. Los pagos de renovación recibidos después de la fecha de renovación requerida están sujetos a un cargo por pago atrasado.

Los proveedores de educación continua enviarán las finalizaciones de los cursos a www.sircon.com/georgia dentro de los catorce (14) días siguientes a la finalización del curso. En caso de que la solicitud de renovación en línea esté incompleta al momento de revisarla, se enviará un aviso para informar al licenciatario sobre las deficiencias.

Machine Translated by Google

REQUISITOS DE EDUCACIÓN CONTINUA (EC)

La finalización de los cursos de educación continua (CE) es obligatoria para la renovación de todas las licencias de residente (excepto para los licenciatarios exentos de los requisitos de CE). La educación continua completada durante el bienio actual es necesaria para renovar una licencia para el bienio siguiente. Los requisitos para la renovación de una licencia varían según el tipo de licencia, la membresía en organizaciones profesionales y otros factores. El siguiente cuadro contiene información específica sobre los requisitos de CE.

Las personas con licencia de menos de veinte (20) años deben obtener veinticuatro (24) horas (con tres (3) horas de Ética) de educación continua de proveedores de educación aprobados. Las personas con licencia de veinte (20) años o más deben completar veinte (20) horas (con tres (3) horas de Ética).

LICENCIA TIPO	ESTÁNDAR REQUISITO	EXCEPCIONES
Todo Licenciatarios	24 horas/bienio (mín. 3 en Ética)	• Designaciones profesionales Los licenciatarios que posean una designación profesional de CLU, BBA en seguros, PHD, CFP, CPCU, AAI, CEBS, ChFC, CIC, FLMI, CRM o CISR deben obtener 12 horas/bienio (mínimo 3 en Ética). • 20 años de servicio Los licenciatarios con 20 años de licencia de agente deben completar 20 horas de EC cada bienio (3 en ética). • Licenciatarios de Ajustadores que ostenten la designación profesional de Universal Claims La certificación (UCC) estará exenta de toda educación continua requerida para los ajustadores. • Licencia de Crédito Solamente Los licenciatarios con la línea de seguro de Crédito solamente deben Completar 10 horas de EC cada bienio (formulario GID-101C-AL). • Subagentes Limitados Los licenciatarios con una licencia de Subagente Limitado deben completar 10 Horas de CE cada bienio. • Los licenciatarios de Navigator deben completar 10 horas de educación continua cada dos años. No hay ética requerido. • Los titulares de licencias de compensación para trabajadores deben tomar 24 horas de créditos de educación continua; sin embargo, si los cursos se toman a través de los proveedores de la Junta de Compensación para Trabajadores, deben tomar solo 20 horas.

*Los licenciatarios deben solicitar una reducción de créditos en cada período de renovación, excepto para aquellos con un BBA en Seguros, PHD o veinte (20) años de servicio.

Licenciatarios exentos de los requisitos de educación continua

- Titulares de licencias de agente con solo clases de boletos de viaje y/o accidentes de viaje
- Agentes temporales
- Representantes militares extranjeros
- Agentes fraternales
- Título
- Ajustador no residente del DHS
- Ajustador de cosechas y granizo no residente del DHS
- Ajustador público no residente del DHS
- Ajustador de compensación laboral para no residentes del DHS
- Agentes activos no activos

Requisitos de contenido del curso

Los requisitos de educación continua pueden completarse en cualquier área temática (línea de seguros) para la que el licenciado esté autorizado. Cada licenciado debe obtener tres (3) horas de crédito en ética cada bienio.

Excepciones:

- Para una licencia de líneas múltiples donde una de las líneas es de crédito, no se pueden tomar más de cinco (5) horas en la Área temática de crédito.
- El requisito ético se exime para los subagentes limitados y los licenciatarios de crédito, y para la compensación de los trabajadores. ajustadores.

Un curso no podrá repetirse dentro del mismo ciclo de renovación.

Machine Translated by Google

Disposiciones de transferencia de educación continua

Los créditos transferibles se calculan en función de la cantidad de horas requeridas. Se puede transferir hasta el 50 % del requisito de EC del bienio anterior, siempre que los créditos no se hayan asignado a ese bienio anterior y se hayan completado antes de la fecha de vencimiento de la renovación.

Fechas de finalización de la educación continua

Todos los requisitos de CE deben cumplirse antes de la fecha de vencimiento de la licencia o antes de la fecha de vencimiento de la licencia. Las renovaciones recibidas dentro de los 15 días posteriores a la fecha de vencimiento de la licencia requieren que se incluya un cargo por demora.

Para ver su expediente académico de educación continua actual, utilice los servicios en línea disponibles en www.sircon.com/Georgia.

REQUISITOS PARA LA LICENCIA DE LA AGENCIA

Una agencia se define como una entidad comercial que representa a una o más aseguradoras en el negocio de vender, solicitar o negociar seguros. Agencia también significa una entidad comercial productora de seguros. El Departamento de Seguros de Georgia exige que todas las agencias con una dirección comercial en Georgia tengan licencia.

Para obtener una licencia como agencia, solicite en línea en www.sircon.com/georgia o www.nipr.com.

Las solicitudes electrónicas son el método preferido de presentación de solicitudes de licencia de agencia sucursal de Georgia.
Las solicitudes electrónicas contienen menos errores y se procesan mucho más rápido. El 95 % de las solicitudes de sucursales se pueden enviar en línea sin problemas. Hay una pequeña cantidad de entidades que necesitarán enviar una solicitud en papel.
Debido a situaciones de licencias únicas. Por ejemplo, las entidades con múltiples licencias de residentes pueden tener problemas debido a dificultades para determinar con qué licencia de residente está asociada la sucursal principal. Para esta población limitada, comuníquese con Pearson VUE al (800) 274-8969.

Todas las agencias de seguros residentes y no residentes que utilicen un nombre comercial o DBA que incluya una de las siguientes palabras restringidas deben obtener una Carta de aceptación de aprobación de nombre: Aseguramiento, Anualidad, Beneficio, Descuento, Fidelidad, Garantía, Salud, Seguro, Indemnización, Vida, Médico, Gerente, Farmacia, Recíproco, Reaseguro, Reaseguro, Liquidación, Sindicato, Garantía, Compartir y Viático. La entidad debe obtener una Carta de aceptación de aprobación de nombre antes de solicitar una licencia de seguros. La Carta de aceptación de aprobación de nombre debe presentarse junto con la solicitud de licencia. Complete y envíe la Solicitud de aprobación de nombre en línea en https://oci.ga.gov.

Cada agencia debe tener al menos un agente autorizado cuyo lugar principal de negocios sea la ubicación de esa agencia. El agente o los agentes autorizados cuyo lugar principal de negocios sea la ubicación de esa agencia deben tener las mismas líneas de autoridad que la agencia desea tener. El agente autorizado cuyo lugar principal de negocios puede tener una licencia de residente o de no residente.

Una agencia debe tener al menos una licencia de oficina principal en Georgia antes de obtener sucursales.
La ubicación principal puede ser una ubicación residente o no residente.

Agencia Tipo de licencia	Licencia Clases	Requisitos	Aprobación del nombre según sea necesario	Cómo hacerlo Entregar	Licencias y Tarifas de procesamiento
Agencia principal	L, A, P, C, CR, PL, TT, TA, VP	Responsable designado Individuo (DRI)	—	es.sircon.com o nipr.com	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $5
Agencia sucursal	L, A, P, C, CR, PL, TT, TA, VP	Responsable designado Director individual (DRI) Asociación de agencias	—	es.sircon.com o nipr.com	Licencia: $20 Tarifa de procesamiento: $5
Vendedores minoristas de equipos portátiles Electrónica		Certificación del empleador	—	es.sircon.com o nipr.com	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Proveedor de autoalmacenamiento		Certificación del empleador	—	es.sircon.com o nipr.com	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20
Compañía de alquiler		Certificación del empleador	—	es.sircon.com o nipr.com	Licencia: $100 Tarifa de procesamiento: $20

Machine Translated by Google

OTRAS TRANSACCIONES DE LICENCIA

Tipo de transacción	Cómo enviar	Tarifa
Cambio de dirección	es.sircon.com o nipr.com	$0
Aprobación del nombre de la agencia	Solicitar aprobación del nombre de la agencia	Solicitud de aprobación: $50 Tarifa de procesamiento: $5
Cambio de nombre	Solicitar cambio de nombre	Solicitud de cambio: $25 Tarifa de procesamiento: $5
Certificado de autoridad nuevo o terminado Cita	es.sircon.com o nipr.com	Nueva cita: $16 Terminar cita: $0
Carta de Certificación	es.sircon.com	Solicitud de certificación: $10 Tarifa de procesamiento: $5
Carta de autorización	Solicitud de carta de autorización	Solicitud de carta: $10 Tarifa de procesamiento: $5
Agregar o quitar estado no activo	Solicitar cambio de estado	Tarifa de modificación de licencia: $25 Tarifa de procesamiento: $5
Licencia duplicada	es.sircon.com	Tarifa de servicio de Sircon: $5
Cancelación de licencia	Solicitar cancelación	$0
Propietario de agencia sin licencia, funcionarios, Directores o Socios	Propietario, funcionarios, directores o administradores de una agencia sin licencia Fogonadura	$0
* Registro de corredor de liquidación de pólizas de vida	es.sircon.com	Solicitud de inscripción: $50 Tarifa de procesamiento: $5

*
Registro de corredor de liquidación de pólizas de vida

Registro

Antes de registrarse como corredor de seguros de vida en Georgia, la persona que busca registrarse debe tener una licencia de vida vigente y válida en Georgia o en su estado de origen durante al menos un año. Además, los productores no residentes deben tener una licencia de productor no residente válida en Georgia. Ga. Comp. R. & Regs. r. 120-2-93-.04(4).

Renovación

El plazo de vigencia de la inscripción de un corredor de seguros de vida será igual al de la licencia de productor de seguros. Las licencias o inscripciones que requieran renovación periódica podrán renovarse en su fecha de aniversario mediante el pago de la tarifa de renovación periódica que se especifica en este Capítulo. La falta de pago de las tarifas en la fecha de renovación o antes de esta dará lugar a la caducidad de la licencia o inscripción. 120-2-93-.05(3).

Machine Translated by Google

RESERVAS DE EXÁMENES

Los exámenes de licencia de Georgia Insurance ya están disponibles en centros de pruebas Pearson VUE seleccionados en instalaciones militares de todo el mundo. Los miembros del servicio, sus dependientes y los contratistas con acceso autorizado a la base que quieran obtener la licencia de Georgia Insurance desde su lugar de destino o asignación en otro estado y despliegue en el extranjero tendrán la opción de realizar sus exámenes sin tener que salir de su base.

Además de la política de identificación estándar de Pearson VUE, los candidatos deben tener una identificación gubernamental válida y autorización para acceder a los centros de pruebas militares. Los civiles que no tengan una identificación gubernamental válida serán rechazados por el centro de pruebas y/o la seguridad de la puerta de entrada militar.

Para localizar un centro de pruebas autorizado por Pearson VUE, visite www.pearsonvue.com/us/en/ga/insurance.html y seleccione el enlace "Buscar un centro de pruebas en la base" en la parte inferior derecha de la página.

HACER UNA RESERVA DE EXAMEN

No se ofrecen exámenes sin cita previa. Las reservas en línea son la forma más eficiente para que los candidatos programen su examen. Los candidatos deben ingresar a www.pearsonvue.com/us/en/ga/insurance.html para realizar una reserva en línea para un examen. Los usuarios que ingresan por primera vez deben crear una cuenta. El candidato deberá completar todos los campos obligatorios, que están precedidos por un asterisco (*), en el formulario en línea para crear una identificación y se le asignará una contraseña. Las instrucciones paso a paso guiarán al candidato a través del resto del proceso de reserva de examen.

Los candidatos deben hacer una reserva en línea al menos veinticuatro (24) horas antes de la fecha de examen deseada. Los candidatos que deseen hacer una reserva por teléfono al (800) 274-0488 deben hacerlo al menos veinticuatro (24) horas antes de la fecha de examen deseada (a menos que se utilice un cheque electrónico para el pago, como se detalla a continuación).

Antes de realizar una reserva, los candidatos deben tener lo siguiente:

- Nombre legal, dirección, número de Seguro Social y número de teléfono durante el día.
- El código de la escuela o el nombre de la escuela donde completó su capacitación previa a la obtención de la licencia (si corresponde)
  Esta información se encuentra en el certificado de educación previa a la licencia.
- El nombre del(los) examen(es)
- La fecha de examen preferida y la ubicación del centro de pruebas.
  Puede encontrar una lista completa de los sitios de prueba disponibles en www.pearsonvue.com.

TASAS DE EXAMEN

La tarifa del examen ($67) debe pagarse al momento de la reserva con tarjeta de crédito, tarjeta de débito o cupón. No se aceptarán tarifas en el centro de exámenes. Las tarifas del examen no son reembolsables ni transferibles, excepto como se detalla en la Política de cambio/cancelación.

Vales

Los cupones ofrecen otra forma conveniente de pagar las pruebas. Se pueden comprar en línea en https://voucherstore.pearsonvue.com/ Con tarjeta de crédito, ya sea de forma individual o en grandes cantidades. Para canjear un cupón como forma de pago al programar una prueba, simplemente indique el cupón como método de pago y proporcione el número del cupón. Todos los cupones son prepagos. Los vouchers no son reembolsables ni retornables.

Los vouchers vencen doce (12) meses después de la fecha de emisión. Las fechas de vencimiento de los vouchers no se pueden extender. El examen debe realizarse antes de la fecha de vencimiento impresa en el voucher.

POLÍTICA DE CAMBIO/CANCELACIÓN

Los candidatos deben llamar a Pearson VUE al (800) 274-0488 al menos cuarenta y ocho (48) horas antes del examen para cambiar o cancelar una reserva. Los candidatos que cambien o cancelen una reserva con la debida notificación pueden transferir la tarifa a una nueva reserva o pueden solicitar un reembolso. Los candidatos que cambien o cancelen sus reservas sin la debida notificación perderán la tarifa del examen. Los reembolsos por tarjetas de crédito o débito son inmediatos, mientras que los reembolsos por vales se procesarán en dos o tres (2-3) semanas.

Los candidatos son individualmente responsables del importe total de la tarifa del examen una vez realizada la reserva, ya sea pagada individualmente o por un tercero.

Machine Translated by Google

POLÍTICA DE AUSENCIAS/RETRASOS

Los candidatos que lleguen tarde o estén ausentes de un examen pueden llamar a Pearson VUE dentro de los 14 días posteriores a la fecha del examen para solicitar una ausencia justificada por los siguientes motivos:

- Enfermedad del candidato o de un familiar directo del candidato.
- Muerte de un familiar directo
- Accidente de tráfico incapacitante
- Comparecencia ante el tribunal o servicio de jurado
- Servicio militar
- Emergencia meteorológica

Se asignará un número de caso y se proporcionarán instrucciones para enviar por correo electrónico la documentación de respaldo. Los candidatos ausentes o que lleguen tarde a un examen que no hayan cambiado o cancelado la reserva de acuerdo con la Política de cambio o cancelación no serán admitidos al examen y perderán el derecho a la tarifa del examen.

RETRASOS Y CANCELACIONES POR CLIMA

Si el centro de pruebas se vuelve inaccesible o inseguro debido a condiciones climáticas adversas o a un desastre natural, el examen puede demorarse o cancelarse. Pearson VUE notificará a los candidatos y reprogramará la fecha en caso de condiciones climáticas adversas.

ALOJAMIENTOS

Pearson VUE cumple con las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y sus modificaciones. El propósito de las adaptaciones es brindar a los candidatos acceso total a la prueba. Las adaptaciones no son una garantía de un mejor desempeño o de la finalización de la prueba. Pearson VUE proporciona adaptaciones razonables y apropiadas a las personas con discapacidades documentadas que demuestren la necesidad de adaptaciones.

Las adaptaciones de la prueba pueden incluir cosas como:

- Una sala de pruebas separada
- Tiempo de prueba adicional
- Un lector o grabador, para personas con problemas de movilidad o visión que no puedan leer o escribir por sí solas.

Las adaptaciones para el examen se individualizan y se analizan caso por caso. Todos los candidatos que soliciten adaptaciones debido a una discapacidad deben proporcionar la documentación adecuada de su condición y de cómo se espera que afecte su capacidad para realizar el examen en condiciones estándar. Esto puede incluir:

- Documentación de respaldo del profesional que diagnosticó la condición, incluidas las credenciales que habilitan al profesional para realizar este diagnóstico.
- Una descripción de los alojamientos anteriores que ha recibido el candidato.

Los pasos a seguir para solicitar adaptaciones para exámenes varían según el patrocinador del programa de exámenes. Para comenzar, ingrese a www.pearsonvue.com/us/en/test-takers/accommodations.html y luego seleccione el patrocinador del programa de exámenes de la lista ordenada alfabéticamente. Los candidatos que tengan preguntas adicionales sobre adaptaciones para exámenes pueden comunicarse con el Coordinador de la ADA en accommodationspearsonvue@pearson.com.

Machine Translated by Google

INGLÉS COMO SEGUNDO IDIOMA (ESL)

Los candidatos para quienes el inglés es su segunda lengua (ESL) pueden solicitar tiempo adicional para el examen enviando el Formulario de solicitud de inglés como segunda lengua (ESL) (que se encuentra en la parte posterior de este Manual del candidato) a Pearson VUE. Los candidatos DEBEN incluir una carta de su instructor de inglés o de la empresa patrocinadora (en papel membretado oficial si es de una empresa) que indique que el inglés no es la lengua materna del candidato.

Los candidatos no deben intentar hacer una reserva hasta que Pearson VUE les haya notificado por correo electrónico que su solicitud de tiempo adicional ha sido aprobada. La duración del examen será igual a 1,5 veces la duración del examen. Por ejemplo, un examen de 2 horas se extenderá a 3 horas.

NOTA: NO se otorgarán otras adaptaciones para ESL, es decir, sala de evaluación separada, lector, calificador, etc.
Estas adaptaciones son solo para personas que califican según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Los candidatos que tengan preguntas adicionales sobre los exámenes de ESL deben comunicarse con el Coordinador de Exámenes Especiales al (800) 466-0450.

Los candidatos no deben intentar hacer una reserva de examen hasta que Pearson VUE les haya notificado que su solicitud de tiempo adicional ha sido aprobada.

La aprobación del tiempo adicional será por un (1) año a partir de la fecha de la solicitud para el nivel que haya solicitado. Los candidatos que tengan preguntas adicionales sobre los exámenes de ESL deben comunicarse con el Coordinador de Exámenes Especiales al (800) 466-0450.

Los candidatos que necesiten reprogramar o volver a realizar el examen deben notificar al Departamento de Adaptaciones Especiales de Pearson VUE que se utilizaron arreglos especiales para el examen anterior.

EXÁMENES DE ESPAÑOL

Existen versiones en español de algunos exámenes. Los candidatos que deseen realizar un examen en español deberán indicarlo cuando se pongan en contacto con Pearson VUE al hacer la reserva. Sin embargo, los candidatos que realicen una versión en español del examen podrán cambiar entre español e inglés en cualquier momento durante el examen.

Los exámenes disponibles en español se detallan en la tabla de exámenes del Centro de pruebas.

Machine Translated by Google

DÍA DEL EXAMEN

QUÉ LLEVAR

Materiales necesarios

Todos los candidatos deberán traer una identificación considerada aceptable al centro de pruebas el día del examen.

MATERIALES REQUERIDOS

A los candidatos que no presenten los elementos requeridos se les negará la admisión al examen, se les considerará ausentes y perderán la tarifa del examen.

Formas aceptables de identificación de candidatos

El candidato debe presentar dos formas de identificación con firma vigente. El nombre en la identificación debe coincidir exactamente con el nombre que figura en el registro. La identificación principal debe ser emitida por el gobierno y debe tener una foto con una firma, y la identificación secundaria debe contener una firma válida. La identificación debe estar en inglés.

Identificación principal (fotografía y firma, no vencida)

- Licencia de conducir emitida por el gobierno
- Licencia de conducir del Departamento de Estado de EE. UU. • Permiso de aprendizaje de EE. UU. (solo tarjeta de plástico con foto y firma)
- Documento de identidad nacional/estatal/país
- Pasaporte
- Tarjeta de pasaporte
- Identificación militar
- Identificación militar para cónyuges y dependientes • Tarjeta de registro de extranjero (tarjeta verde, visa de residente permanente)

Identificación secundaria (firma, vigente)

- Tarjeta de Seguro Social de EE. UU.
- Tarjeta de débito (ATM) o crédito
- Cualquier forma de identificación en la lista primaria

Si el documento de identidad presentado tiene una firma incrustada que no es visible (microchip), difícil o imposible de leer, el candidato deberá presentar otra forma de identificación de la lista de Documentos de Identidad Primarios o Documentos de Identidad Secundarios que contenga una firma visible.

Pearson VUE no reconoce períodos de gracia. Por ejemplo, si la licencia de conducir de un candidato venció ayer y el estado permite un período de gracia de treinta (30) días para renovar la identificación, la identificación se considera vencida.

PROCEDIMIENTOS DE EXAMEN

Los candidatos deben presentarse en el centro de pruebas treinta (30) minutos antes del examen y registrarse con el administrador del centro de pruebas. Se revisará la identificación y otra documentación del candidato y se le tomarán fotografías para el informe de calificaciones.

Los candidatos deben revisar y firmar un formulario de Acuerdo de reglas para candidatos . Si no se cumple con el Acuerdo de reglas para candidatos o se sospecha que se hizo trampa o se alteró el examen, se informará del incidente como tal y se tomarán las medidas correspondientes. No se reembolsará la tarifa del examen, se puede determinar que el examen no es válido o el estado puede tomar medidas adicionales.

Machine Translated by Google

Los candidatos tendrán la oportunidad de realizar una sesión de tutoría en la computadora en la que se realizará el examen. El tiempo dedicado a esta sesión de tutoría no reducirá el tiempo del examen. Los administradores del examen responderán preguntas, pero los candidatos deben tener en cuenta que los administradores no están familiarizados con el contenido de los exámenes ni con los requisitos de licencia del estado. Se ha ordenado a los administradores del examen que no asesoren a los candidatos sobre los requisitos para obtener la licencia. Los candidatos son responsables de determinar qué exámenes deben realizar.

Una vez que los candidatos se familiaricen con la unidad de examen, podrán comenzar el examen. El examen comienza en el momento en que el candidato mira la primera pregunta. El tiempo asignado para cada examen se detalla en la contraportada de este manual. Una vez que haya transcurrido el tiempo del examen, la unidad de examen se apagará automáticamente. Los candidatos abandonarán el centro de pruebas con sus calificaciones oficiales en la mano.

ACERCA DEL EXAMEN

El contenido del examen general se basa en información obtenida de un análisis de puestos de trabajo realizado por Pearson VUE. Se analizaron las respuestas de los profesionales de seguros para determinar la naturaleza y el alcance de las tareas que realizan y los conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas. Esta información es la base sobre la que se redactan las preguntas del examen y garantiza que los exámenes reflejen la práctica de los seguros.
El examen ha sido desarrollado para reflejar las leyes, estatutos, reglas y regulaciones para la práctica de seguros en Georgia, y ha sido revisado y aprobado por profesionales de seguros de Georgia.

El Departamento de Seguros de Georgia (GID) determina la puntuación para aprobar el examen. A través de la estandarización y el control, Pearson VUE garantiza que ninguna persona tenga una desventaja o ventaja injusta debido a un formato de examen en particular.

Pearson VUE mantiene estándares de administración y seguridad de exámenes diseñados para garantizar que todos los candidatos tengan la misma oportunidad de demostrar sus habilidades y evitar que algunos candidatos obtengan una ventaja injusta sobre otros debido a irregularidades o mala conducta. Pearson VUE revisa de manera rutinaria las irregularidades y las calificaciones de exámenes que se cree que se obtuvieron en circunstancias inusuales o no estándar.

Pearson VUE se reserva el derecho de cuestionar cualquier calificación de examen cuya validez esté en duda porque la calificación puede haberse obtenido de manera injusta. Pearson VUE primero realiza una revisión confidencial de las circunstancias que contribuyen a las dudas sobre la validez de la calificación. Si hay causa suficiente para cuestionar la calificación, Pearson VUE remitirá el asunto a la agencia de licencias del estado, que tomará la decisión final sobre si cancelar o no la calificación.

Se monitorea el desempeño de todos los candidatos y se puede analizar estadísticamente con el fin de detectar y verificar fraudes. Si se determina que una puntuación tiene una validez cuestionable, se notificará al GID y este determinará si se publicarán las puntuaciones del candidato.

Cada examen se realiza en formato de opción múltiple y cubre conocimientos básicos sobre productos de seguros y leyes, normas, reglamentos y prácticas de seguros que son exclusivas de Georgia.

Las puntuaciones de cada examen se basan en la cantidad de preguntas respondidas correctamente. Quienes no estén seguros de la respuesta correcta a una pregunta pueden eliminar una o más de las opciones de respuesta por considerarlas incorrectas. Siempre es mejor adivinar la respuesta correcta que no responder una pregunta.

PREGUNTAS DEL EXAMEN

Todas las preguntas del examen, cada una de las formas del examen y cualquier otro material del examen están sujetos a derechos de autor y son propiedad de Pearson VUE. En consecuencia, cualquier distribución del contenido o los materiales del examen a través de cualquier forma de reproducción o comunicación oral o escrita está estrictamente prohibida y es sancionada por la ley.

Machine Translated by Google

EXPLICACIÓN DE LA PUNTAJE

Puntuación porcentual

Existen múltiples versiones de cada uno de los exámenes de licencia. Estas versiones se conocen como formularios. Todos los formularios de un examen se desarrollan en función de los esquemas de contenido. Para garantizar que ningún candidato se encuentre en una situación de ventaja o desventaja injusta debido al formato particular del examen que se le presenta, se utiliza un procedimiento estadístico conocido como equiparación para lograr una dificultad comparable del formulario.

El Departamento de Seguros de Georgia (GID) establece la puntuación para aprobar un examen después de realizar un estudio exhaustivo para cada examen. La puntuación del examen se expresa como un porcentaje en una escala del 0 % al 100 %. Es el porcentaje de preguntas respondidas correctamente en el examen. Para aprobar el examen, debe responder correctamente el 70 % de las preguntas.

INFORME DE PUNTUACIÓN

Cuando los candidatos completen el examen, recibirán un informe de puntuación marcado como “aprobado” o “reprobado”.
Los resultados de los exámenes no se darán por teléfono.

Los candidatos que no aprueben el examen recibirán un informe de calificaciones que incluye una puntuación numérica e información de diagnóstico, así como información sobre la repetición del examen. Las citas para la repetición del examen no se programan en el centro de exámenes. Los candidatos deben esperar veinticuatro (24) horas antes de programar una repetición del examen.

POLÍTICA DE RECUPERACIÓN

Un candidato que no apruebe un examen puede programar un nuevo examen en el plazo de un día, pero debe esperar catorce (14) días para volver a rendirlo después de los intentos de examen uno y dos. Un candidato debe esperar 60 días después del tercer intento de examen y de cualquier intento posterior. No hay límite en la cantidad de intentos que un candidato puede realizar el mismo examen.

REVISIÓN DE EXÁMENES

Por razones de seguridad, el material de examen no está disponible para que los candidatos lo revisen.

PREGUNTAS O COMENTARIOS SOBRE EL EXAMEN

No existen disposiciones que permitan a los candidatos que aprueban o desaprueban revisar los resultados de sus exámenes. Los exámenes de licencia de seguros de Pearson VUE son exámenes seguros y no están disponibles para su distribución general. Quienes tengan preguntas, comentarios o inquietudes sobre los exámenes, o deseen verificar cualquier dato almacenado en los archivos de Pearson VUE, deben dirigir sus consultas por escrito a:

Programa de Licencias de Seguros/Pearson VUE
Atención: Coordinador del programa regulatorio
5601 Green Valley Drive, Bloomington, Minnesota 55437

En toda correspondencia, los candidatos deben indicar su nombre y dirección. Si las preguntas o comentarios se refieren a un examen que ya se ha realizado, también deben incluir el nombre del examen, la fecha en que se realizó, la ubicación del centro de examen y su número de confirmación.

INFORMES DE PUNTUACIÓN DUPLICADOS

A partir del 16 de noviembre de 2021, los candidatos pueden obtener una copia de su informe de calificaciones iniciando sesión en su cuenta de Pearson VUE. Los candidatos que se presentaron al examen antes del 16 de noviembre de 2021 pueden solicitar un informe de calificaciones duplicado enviando un correo electrónico a Pearson VUE a pearsonvuecustomerservice@pearson.com.

Machine Translated by Google

POLÍTICAS DEL CENTRO DE EXAMEN

En cada centro de exámenes se observan las siguientes políticas. A los candidatos que infrinjan alguna de ellas no se les permitirá terminar el examen y serán expulsados del centro de exámenes, perdiendo así el derecho a la tarifa del examen.

- No se permiten artículos personales en la sala de pruebas. Los artículos personales incluyen, entre otros: teléfonos celulares, computadoras portátiles u otros dispositivos electrónicos, buscapersonas, relojes, billeteras, carteras, armas de fuego u otras armas, sombreros, bolsos, abrigos, libros y/o notas, bolígrafos o lápices.
- Los candidatos deben guardar todos sus artículos personales en un área segura, según lo indique el administrador, o devolverlos a su vehículo. Todos los dispositivos electrónicos deben apagarse antes de guardarlos en un casillero. El centro de pruebas no se hace responsable de artículos personales perdidos, robados o extraviados.
- No se permite estudiar en el centro de examen. No se permite la entrada al centro de examen a visitantes, niños, familiares o amigos.
- No se permite el ingreso a la sala de examen con diccionarios, libros, papeles (incluido papel borrador) ni materiales de referencia (a menos que lo permita el patrocinador del examen) y se recomienda encarecidamente a los candidatos que no traigan dichos materiales al centro de pruebas. Al ingresar y sentarse en la sala de pruebas, el administrador de la prueba le proporcionará al candidato materiales para tomar notas o realizar cálculos y cualquier otro elemento especificado por el patrocinador del examen. El candidato no podrá escribir en estos elementos antes de que comience el examen ni retirarlos de la sala de pruebas.

- Comer, beber, masticar chicle, fumar y/o hacer ruidos que generen molestias para otros candidatos. Está prohibido durante el examen.
- Las políticas de descanso las establece el patrocinador del examen. La mayoría de los patrocinadores permiten descansos no programados. Para solicitar un descanso no programado, el candidato debe levantar la mano para llamar la atención del administrador. El reloj del examen no se detendrá mientras el candidato esté tomando un descanso.
- Los candidatos deben abandonar la sala de examen durante todos los descansos. Sin embargo, no se les permite abandonar el piso o el edificio por ningún motivo durante este tiempo, a menos que lo especifique el administrador y el patrocinador del examen. Si se descubre que un candidato ha abandonado el piso o el edificio, no se le permitirá continuar con el examen y puede perder el derecho a las tarifas del examen.
- Durante el descanso, los candidatos pueden acceder a los artículos personales que se guardan durante el examen solo si es necesario (por ejemplo, medicamentos personales que deben tomarse en un momento específico). Sin embargo, el candidato debe recibir permiso del administrador antes de acceder a los artículos personales que se han guardado. Los candidatos no pueden acceder a otros artículos, incluidos, entre otros, teléfonos celulares, notas de examen y guías de estudio, a menos que el patrocinador del examen lo permita específicamente.
- Cualquier candidato que sea descubierto causando disturbios de cualquier tipo o participando en cualquier tipo de mala conducta (dando o recibiendo ayuda, utilizando notas, libros u otros recursos, participando en un acto de suplantación de identidad o sacando materiales o notas del examen de la sala de examen) será expulsado sumariamente del examen y se informará al organismo estatal de licencias. Las decisiones sobre medidas disciplinarias son responsabilidad del organismo estatal de licencias.

Machine Translated by Google

Exámenes disponibles y tarifas			
Código de examen	Nombre del examen	Duración del examen	Tarifa de examen
12-GA-01	Agente de vida*	2 horas	$67
12-GA-02	Agente de accidentes/enfermedades*	2 horas	$67
12-GA-03	Agente de la propiedad	2 horas	$67
12-GA-04	Agente de accidentes	2 horas	$67
12-AG-05	Agente de seguros de vida, accidentes y enfermedades COMBO*	2,5 horas	$67
12-AG-06	Agente de seguros generales y de propiedad COMBO*	2,5 horas	$67
12-GA-20	Ajustador público	2 horas	$67
12-GA-24	Ajustador*	2 horas	$67
12-GA-40	Consejero de vida, accidentes y enfermedades	2 horas	$67
12-GA-41	Asesor de daños materiales y accidentes	2 horas	$67
12-GA-42	Consejero de salud limitado	1 hora	$67
12-GA-50	Corredor de líneas excedentes	2 horas	$67
12-GA-55	Líneas Personales*	2 horas	$67
12-GA-62	Productos variables	2 horas	$67
12-GA-84	Navegador	1 hora	$67

*Examen disponible en español

Machine Translated by Google

PREPARÁNDOSE PARA EL EXAMEN

CONSEJOS ÚTILES

- Verifique nuevamente la dirección física para asegurarse de poder llegar 30 minutos antes de la hora de su examen.
- Asegúrese de tener la identificación adecuada para ingresar al examen.

Las puntuaciones de los exámenes se basan en la cantidad de preguntas respondidas correctamente. Si un candidato no está seguro de cuál es la respuesta correcta, es mejor que responda en lugar de no hacerlo, ya que no hay penalización por las respuestas incorrectas.

ESQUEMAS DE CONTENIDO

Cada examen se basa en un esquema de contenido detallado de temas, subtemas y referencias a leyes, estatutos y reglamentos estatales aplicables. Estos esquemas de contenido se proporcionan a los editores de materiales de estudio y a los proveedores de educación aprobados por el estado para que los utilicen en el desarrollo y la actualización de sus materiales y programas educativos. Los esquemas de contenido se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en la práctica, las leyes y los reglamentos estatales.
Georgia ofrece estos esquemas de contenido como parte del manual.

En ellos se enumeran los temas que se cubren en cada examen y los candidatos deben asegurarse de que su programa de estudio cubra todos los temas que se enumeran en estos esquemas de contenido. Los esquemas de contenido no pretenden incluir todo lo que aparece en los exámenes. Los materiales de estudio específicos del estado para un área o áreas de seguros elegidas proporcionarán la revisión más completa de la información que se espera que los candidatos sepan.

Los candidatos pueden obtener resúmenes de contenidos visitando www.pearsonvue.com.

MATERIALES DE ESTUDIO

Otros materiales de estudio además de los esquemas de contenido incluyen:

- Manual de estudio para la obtención de licencias de agentes de Georgia (seguros de vida, accidentes y enfermedades o de propiedad y accidentes)
- Secciones 33–1–9 y 33–1–16 y Capítulos 33–5, 33–6, 33–7, 33–23, 33–24, 33–25, 33–26, 33–27, 33–28, 33–29, 33–30, 33–31, 33–32, 33–33, 33–34, 33–39, 33–42, 33–43, 33–44, 33–50 y 33–51 del Código de Oficina de Georgia Anotado y reglamentos correspondientes

- Pólizas, endosos, cláusulas adicionales y otros documentos contractuales de pólizas.
- Cualquier material adicional que prescriban los reglamentos o identifique el Comisionado de Seguros.

PREGUNTAS DE PRUEBA PREVIA

Muchos de los exámenes contendrán preguntas de “prueba previa”. Las preguntas de prueba previa son preguntas sobre las que se recopila información estadística para utilizarla en la elaboración de exámenes futuros. Las respuestas a las preguntas de prueba previa no afectan la puntuación del candidato. Las preguntas de prueba previa se mezclan con las preguntas con puntuación y no se identifican.

El número de preguntas de prueba previa se detalla en el encabezado del esquema de contenido de cada examen para el que están disponibles. Si no hay un número presente, entonces no hay preguntas de prueba previa para ese examen en particular.

Machine Translated by Google

[ESTADO]

Esquemas de contenido de seguros

Esquemas de contenido

Machine Translated by Google

INGLÉS COMO SEGUNDO IDIOMA

(ESL) FORMULARIO DE SOLICITUD

Pearson | VUE

Nota: Sólo los candidatos que requieran
tiempo adicional para el examen de ESL deben utilizar este formulario.

Los candidatos que deseen solicitar tiempo adicional para ESL deben enviar este formulario por correo electrónico a AccommodationsPearsonVUE@pearson.com o enviarlo por fax a Pearson VUE al 610-471-0555.
Adjunte una carta (en papel membretado oficial) de un instructor o empleador que verifique que el inglés es su segundo idioma.

Todas las solicitudes deben ser aprobadas previamente por Pearson VUE. Los candidatos deben esperar la confirmación de la aprobación antes de programar un examen.

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

Fecha:		
Apellido:		
Nombre de pila:		MI:
DIRECCIÓN:		
Ciudad:	Estado:	Cremallera:
Teléfono durante el día:		
Dirección de correo electrónico:		
Nombre del programa/examen:		
☐ Tiempo adicional para inglés como segunda lengua		

Los candidatos deben comunicarse con Pearson VUE si tienen preguntas sobre tiempo adicional.

Solicitudes de alojamiento de PEARSON VUE para ESL Correo electrónico:
AccommodationsPearsonVUE@pearson.com Fax: 610-471-0555