

GUÍA PARA LOS CUIDADOS A LARGO PLAZO

Esta guía ha sido preparada por la Office of the Commissioner of Insurance de Wisconsin y debe ser entregada a todos los que tengan la posibilidad de contratar un seguro de cuidados a largo plazo en el momento en el que se reciba una solicitud o cuando este seguro sea solicitado, sin importar que la contratación se concrete o no.

Si desea obtener información sobre las distintas formas de plantear quejas de seguros, llame al:

Teléfono directo de quejas de seguros
1-800-236-8517 (dentro del Estado)
o bien
(608) 266-0103 (Madison)

***Los sordomudos, sordos o personas con problemas para hablar
pueden comunicarse con OCI a través del servicio WI TRS***

Para obtener más información sobre el seguro de cuidados¹ a largo plazo, llame a:
Línea de ayuda de Medigap
1-800-242-1060

La Línea de ayuda de Medigap es un número gratuito en todo el estado establecido por la Board on Aging and Long-Term Care de Wisconsin para responder a preguntas sobre el seguro de salud y sobre otros beneficios de atención médica para los ancianos. No tiene conexión alguna con ninguna compañía de seguro.

**State of Wisconsin
Office of the Commissioner of Insurance
P. O. Box 7873
Madison, Wisconsin 53707-7873**

**Sitio en Internet de la OCI:
<http://oci.wi.gov>**

**La misión de la Office of
the Commissioner of Insurance...**
**Ser los primeros en informar y proteger al
público y satisfacer las necesidades de cada asegurado.**

ATENCIÓN

Puede obtener una lista de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que actualmente se ofrecen en Wisconsin en:

Office of the Commissioner of Insurance
P.O. Box 7873
Madison, Wisconsin 53707-7873

Si tiene una queja específica sobre su seguro, diríjase primero a la compañía de seguro o al agente correspondiente. Si no recibe una respuesta satisfactoria, comuníquese con la Office of the Commissioner of Insurance a la dirección que se indica anteriormente o llame al:

(608) 266-0103 (en Madison)
o bien al
1-800-236-8517 (dentro del Estado)

Los sordomudos, sordos o personas con dificultades en el habla pueden comunicarse con OCI a través del servicio WI TRS

Esta guía no es un análisis legal de sus derechos contemplados en cualquier póliza de seguros o programa de gobierno. Sus derechos serán establecidos por su póliza de seguros, normas de programa, leyes de Wisconsin, leyes federales y decisiones de un tribunal de justicia. Usted puede consultar a un abogado para solicitar asesoramiento legal sobre sus derechos específicos.

La Office of the Commissioner of Insurance (OCI) no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa, exacta ni actualizada en todo momento. Toda la información está sujeta a modificaciones en forma regular sin previo aviso.

Las copias impresas de las publicaciones se actualizan anualmente a menos que se indique lo contrario. En un esfuerzo por brindar información más actualizada, las publicaciones disponibles en el sitio en Internet de la OCI se actualizan con mayor frecuencia que las versiones en papel para reflejar las modificaciones necesarias. Visite el sitio en Internet de la OCI en <http://oci.wi.gov>.

La Office of the Commissioner of Insurance no discrimina por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, religión, edad ni incapacidad en el empleo o la provisión de servicios.

Tabla de Contenidos

	Página
Preguntas frecuentes	4
¿Qué son los cuidados a largo plazo?	6
¿Quiénes necesitan los cuidados a largo plazo?	9
¿Cuánto cuestan los cuidados a largo plazo?	10
¿Quiénes pagan por los cuidados a largo plazo?	10
Tipos de pólizas de seguro de cuidados a largo plazo	14
Estándares mínimos de Wisconsin para las pólizas	15
¿Debo contratar un seguro de cuidados a largo plazo?	19
¿A qué debo estar atento al comparar de las pólizas?	20
¿Debo cambiarme a otra póliza de cuidados a largo plazo?	25
Protecciones del consumidor	26
Consejos para la contratación	27
¿Qué sucede si tengo preguntas o quejas?	30
Glosario de términos	31
Lista de verificación del seguro de cuidados a largo plazo	34
Seguro de cuidados a largo plazo formulario personal	36

Preguntas frecuentes

¿Brinda Medicare cobertura de servicios a largo plazo?

Medicare brinda solamente cobertura limitada los cuidados a largo plazo relacionada fundamentalmente con la recuperación de una enfermedad o lesión. Medicare paga solamente por servicios de atención de enfermería especializada y aquellos que son clínicamente necesarios. No debe depender de Medicare para que pague por sus necesidades de cuidados a largo plazo.

¿Pueden aumentar mis primas?

Sí, es probable que aumenten las primas de las pólizas de seguro cuidados a largo plazo. No obstante, si las primas se basan en la edad al momento de la emisión, pueden aumentar solamente si lo hacen para todas las personas aseguradas bajo el mismo tipo de póliza. Si las primas se basan en la edad cumplida, aumentarán con su edad.

¿Puede la compañía de seguros cancelar mi póliza de cuidados a largo plazo?

No, su póliza tiene garantía de renovación de por vida. La póliza puede anularse solamente cuando usted deje de pagar sus primas de seguro o si utiliza el monto máximo de beneficios contemplados por dicha póliza.

¿Tienen cobertura las enfermedades preexistentes en la póliza de seguro de cuidados a largo plazo?

Las enfermedades preexistentes deben estar cubiertas por las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo. Sin embargo, las compañías de seguro pueden contemplar un período de espera de hasta seis meses para enfermedades preexistentes. Luego de que esté en vigencia durante seis meses, su póliza pagará por los beneficios cubiertos.

¿Tienen cobertura enfermedades como el Alzheimer y otras demencias en el seguro de cuidados a largo plazo?

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias deben tener cobertura en las pólizas de cuidados a largo plazo. No obstante, si usted padece de Alzheimer u otra demencia en el momento en el que solicita cobertura, la compañía de seguros no tiene la obligación de aceptar su solicitud ni de proporcionarle cobertura.

¿En qué consiste un período de eliminación?

Un período de eliminación es similar a un monto deducible. Esto significa que cuando usted comienza a utilizar los servicios de cuidados a largo plazo, existe un período de espera antes de que la póliza comience a pagar los beneficios. Usted debe pagar por todos los gastos durante el período de eliminación.

¿Se pagan los beneficios para todos los ámbitos institucionales, tales como instituciones residenciales comunitarias (CBRF), instituciones que cuentan con apartamentos propios dentro de la residencia e instituciones residenciales de atención médica?

Las pólizas cuidados a largo plazo pagan solamente por aquellos beneficios descriptos o definidos en la póliza. Algunas pólizas pagan por los servicios que brindan las instituciones que

cuentan con apartamentos dentro de la residencia, pero otras no los contemplan. La mayoría de las pólizas no tienen cobertura para las CBRF u otros lugares. Lea atentamente las definiciones que aparecen en su póliza.

¿Cuánto cuesta permanecer en una residencia para ancianos?

Los costos de la atención que se brinda en las residencias para ancianos varían de acuerdo a las instituciones y las ubicaciones. Debe comunicarse con aquellas instituciones que considera apropiadas y consultar sobre las tarifas diarias actuales. Luego, podrá determinar el monto de cobertura que necesitará.

¿Qué son los cuidados a largo plazo?

En general, la frase “cuidados a largo plazo” se refiere a una amplia gama de servicios que usted puede necesitar durante un período de tiempo prolongado debido a una incapacidad o enfermedad crónica. Normalmente, no incluye el tipo de atención que recibe a corto plazo luego de una internación o de una enfermedad grave.

Los cuidados a largo plazo abarcan servicios médicos tales como terapias o atención especializada. También incluyen servicios de apoyo, como por ejemplo, asistencia en el momento de bañarse, vestirse, acostarse o levantarse, tomar los medicamentos o preparar las comidas. Los cuidados a largo plazo se pueden suministrar en una amplia variedad de entornos, que incluyen residencias para ancianos, atención en su hogar, centros de atención diurna para adultos o en lugares de convivencia grupal con servicios de apoyo. La atención comunitaria a largo plazo (la que se suministra fuera de residencias para ancianos) generalmente es provista por familiares y amigos, pero también puede ser suministrada por personas o agencias a las que se les paga por el servicio, algunas de las cuales han sido habilitadas por el estado o autorizadas por programas con financiamiento público como Medicare.

Atención en residencias para ancianos

La atención en residencias para ancianos incluye varios niveles diferentes de atención:

Servicios de enfermería especializada

Este tipo de atención se provee por orden de un médico y requiere de personal profesional especializado, tales como enfermeras matriculadas o auxiliares de enfermería autorizados, y es provisto directamente por este personal o bajo su supervisión.

Atención de enfermería intermedia

Esto se refiere a la atención básica que incluye servicios de reconstitución física, emocional, social y de otro tipo que se brindan bajo supervisión médica periódica. Este tipo de atención de enfermería requiere de la capacidad de una enfermera matriculada en la administración, que incluye la observación y registro de reacciones y síntomas, al igual que la supervisión de la atención de enfermería.

Atención personal o tutelada

Se refiere a la atención que es realizada por personas sin capacitación médica y que tiene como objetivo fundamental satisfacer las necesidades personales del paciente, que incluyen alimentación e higiene personal.

Atención comunitaria a largo plazo

La atención médica comunitaria a largo plazo puede ser provista en un gran número de entornos y por varios tipos de proveedores. Si usted recibe varios servicios de diferentes

proveedores, es probable que un administrador profesional de casos participe en la coordinación y administración de los servicios. Algunas de las agencias y servicios específicos que brindan atención comunitaria a largo plazo son:

Atención médica domiciliaria

La atención médica domiciliaria incluye:

- Servicios de enfermería especializada, como proveer tratamientos terapéuticos o administrar medicamentos;
- Servicios asistenciales para la salud a domicilio, como controlar la temperatura y la presión arterial;
- Atención personal, como ayudar a bañarse, vestirse, caminar, hacer ejercicio;
- Terapia física, ocupacional, respiratoria o del habla.

Institución que cuenta con apartamentos dentro de la residencia

La atención en una institución que cuenta con apartamentos dentro de la residencia incluye servicios de apoyo, personales o de enfermería. Los servicios de apoyo pueden incluir la asistencia con las comidas, las tareas domésticas y la coordinación del transporte. Los servicios personales consisten en ayuda directa y práctica con actividades de la vida diaria.

Atención diurna para adultos

La atención diurna para adultos es un programa grupal, comunitario y ambulatorio diseñado para satisfacer las necesidades de adultos con incapacidades funcionales. Es un programa integral y estructurado que puede brindar una gran variedad de servicios sociales, médicos y de apoyo relacionados en cualquier momento del día.

Relevo de descanso al cuidador

El relevo de descanso al cuidador es la provisión de atención, supervisión u otros servicios personales a una persona con incapacidades funcionales para suplantar temporalmente a un miembro de la familia o a otra persona encargada de las tareas de atención. Estos servicios transitorios son generalmente provistos en el hogar de la persona incapacitada o en otro hogar o entorno hogareño, pero también pueden ser suministrados en una residencia para ancianos.

Atención en hospicios

La atención en hospicios es un paquete especialmente diseñado de servicios sociales y médicos que brindan principalmente alivio del dolor, tratamiento de los síntomas y servicios de apoyo a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares.

**Duración de la estadía de residentes en residencias para ancianos
Wisconsin, 31 de diciembre de 2005**

Duración de la estadía	SNFs/ICFs	
	Número	Porcentaje
Menos de 1 año	13,286	39%
De 1 a 30 días	3,173	9
De 31 a 99 días	3,396	10
De 100 a 180 días	2,563	7
De 181 a 364 días	4,154	12
De 1 - 2 años	6,095	18
De 2 - 3 años	4,280	13
De 3 - 4 años	3,169	9
4 o más años	7,404	22
Total	34,234	100%

Fuente: Encuesta anual de residencias para ancianos, Bureau of Health Information and Policy, Division of Public Health, Department of Health and Family Services. Notas: la suma de los porcentajes puede no ser igual a 100 por ciento debido al redondeo de las cifras. Los SNF son centros de enfermería especializada. Los ICF son residencias de cuidados intermedios.

Al 31 de diciembre de 2005, el 39 por ciento de los residentes de SNF e ICF había estado en la residencia para ancianos menos de un año (la misma proporción que el año anterior). El dieciocho por ciento había estado allí menos de 100 días.

A esa fecha, el 18 por ciento de los residentes de SNF e ICF había estado en la residencia para ancianos de uno a dos años, el 22 por ciento había estado allí de dos a cuatro años y el 22 por ciento había estado allí cuatro o más años.

¿Quiénes necesitan los cuidados a largo plazo?

La necesidad de cuidados a largo plazo depende del nivel de incapacidad que tenga. Las posibilidades de necesidad de cuidados a largo plazo generalmente aumentan con su edad, pero pueden ser necesarios en cualquier edad.

Es importante reconocer que, en algún momento de su vida, usted puede necesitar los servicios de cuidados a largo plazo. Por lo tanto, debe considerar cómo pagar este tipo de atención.

En Wisconsin, en 2005, 4.3% de todas las personas mayores de 65 años vivía en residencias para ancianos. Esa cifra alcanzó el 15% para aquellas personas que tenían más de 85 años.*

Cuanto más vive una persona, mayores son las probabilidades de que necesitará de algún tipo de cuidado a largo plazo. Algunas personas que padecen enfermedades graves necesitan de atención en residencias para ancianos o de atención domiciliaria solamente por períodos cortos. Otras pueden necesitar atención durante varios meses o años. Muchas personas que necesitan de cuidados a largo plazo los reciben en sus propios hogares a través de organismos de atención médica domiciliaria, familiares o amigos. Otras personas reciben atención en residencias para ancianos, hogares grupales o instituciones que cuentan con apartamentos dentro de la residencia.

Factores de riesgo que producirán la necesidad de cuidados a largo plazo

Esperanza de vida: cuanto más viva, más probable será que necesite cuidados a largo plazo.

Sexo: es más probable que las mujeres necesiten cuidados a largo plazo porque viven más tiempo.

Casado o soltero: si está casado y tiene hijos adultos, es más probable que reciba cuidados informales en su hogar.

Factores de salud: si hay antecedentes de mala salud en su familia, puede tener mayor riesgo que otra persona de la misma edad y sexo.

Posibilidad de estar en una residencia para ancianos (Si ahora tiene 65 años de edad)

Duración total de la estadía	Hombres	Mujeres
NINGUNA	67%	48%
Menos de 12 meses	19%	21%
De 1 a 5 años	10%	18%
Más de 5 años	4%	13%

Source: *New England Journal of Medicine*, article by P. Kemper and C. Murtaugh. February 1991

¿Cuánto cuestan los cuidados a largo plazo?

Los costos de los cuidados a largo plazo varían de acuerdo con el servicio. Por ejemplo, en 2005, el costo promedio por un día de atención en una residencia para ancianos en Wisconsin era de aproximadamente \$164*. La atención médica domiciliaria también puede ser costosa. Una consulta domiciliaria realizada por una enfermera matriculada puede tener un costo aproximado de \$100, según sea la duración de la consulta. Los servicios asistenciales para la atención personal de la salud a domicilio provistos por un organismo de atención médica domiciliaria pueden tener un costo de \$50 a \$60 por hora.

Otros tipos de servicios de atención a largo plazo también pueden ser costosos si son provistos con frecuencia o durante un período prolongado de tiempo.

¿Cuánto tiempo permanecen las personas en instituciones en las que reciben cuidados a largo plazo?

- 36% permanecen menos de 1 año
- 32.5% permanecen de 1 a 3 años
- 14% permanecen de 3 a 5 años
- 17% permanecen 5 años o más

-National Center for Health Statistics

¿Quiénes pagan por los cuidados a largo plazo?

Personas en forma privada

La mayor parte de la atención a largo plazo es pagada por las mismas personas que reciben la atención o por sus familiares. Otras fuentes de pago incluyen Medicaid (Medical Assistance), Medicare, pagos de veteranos de guerra y seguros privados. Muchas personas que necesitan de cuidados a largo plazo eventualmente usan el "spend-down" para sus ahorros y otros recursos y pueden acceder a Medicaid.

Medicare

Medicare es el programa federal que ayuda a pagar los gastos hospitalarios y médicos de aquellas personas que tienen 65 años o más y de algunas personas incapacitadas. **Provee cobertura muy limitada durante períodos cortos de tiempo para las residencias para ancianos y atención domiciliaria, pero no cubre ningún tipo de servicio de cuidados a largo plazo durante períodos prolongados de tiempo.**

* Wisconsin Department of Health Services

Atención en residencia para ancianos

Si Medicare autoriza la permanencia en una residencia para ancianos, paga completamente hasta un máximo de 20 días de atención de enfermería especializada en una institución que brinde estos servicios y que goce de aprobación por parte de Medicare. No obstante, Medicare pagará su estadía solamente si se produce luego de una internación de al menos tres días e ingresa en una residencia para ancianos autorizada por Medicare antes de que transcurran 30 días desde el alta hospitalaria. Desde el día 21 hasta el día 100, Medicare paga parte del costo si la estadía todavía cuenta con autorización por parte de este programa. Medicare no paga **monto alguno** luego del día 100. **Son muy pocas las estadías en residencias para ancianos que gozan de cobertura por parte de Medicare.** Esto se debe a que una gran cantidad de residencias para ancianos no participan en el programa Medicare y porque este programa define a la “atención especializada” de una manera muy restrictiva.

Atención médica domiciliaria

Medicare cubre solamente aquellas consultas de atención médica domiciliaria **que considera médicamente necesarias.** La atención que se considera médicamente necesaria tiene un alcance muy limitado y usted debe cumplir con ciertos criterios antes de que Medicare pague por ese tipo de atención. Por ejemplo:

- La atención debe incluir atención de enfermería especializada de medio tiempo, fisioterapia o terapia del habla.
- Usted debe estar **recluido** en su casa.
- Su médico debe establecer un plan de atención domiciliaria.
- El organismo que provee esos servicios debe participar en Medicare.

Una gran cantidad de consultas de atención domiciliaria no cumplen con la definición que Medicare tiene de atención médicamente necesaria. Por lo tanto, Medicare no pagará por ellas.

Medicaid

Medicaid, también conocido como Medical Assistance o Title XIX, es un programa gubernamental de cuidado de salud pagado por el gobierno estatal o federal. Los requisitos para participar en Medicaid son los siguientes:

- Debe tener 65 años o más, estar incapacitado o pertenecer a una familia en la viven niños a cargo,

Y

- Debe tener bajos ingresos y poco patrimonio; o bien

- Debe pagar un monto demasiado elevado por su atención médica y, como consecuencia, le queda muy poco dinero de su ingreso.

Si reúne los requisitos, Medicaid pagará la mayor parte de los costos de atención médica, que incluyen atención en residencia para ancianos y atención comunitaria.

Atención en residencia para ancianos

Medicaid es una fuente importante de pago para la atención en residencias para ancianos. Aproximadamente el 64% de todos los que viven en residencias para ancianos en Wisconsin reciben ayuda en el pago de los gastos de estas instituciones. Para cumplir con los requisitos y obtener los beneficios de residencia para ancianos de Medicaid, debe necesitar de atención médica, terapéutica o de enfermería diariamente, y debe estar bajo el plan de tratamiento de un médico. Aun si es elegible para Medicaid, la mayor parte de su ingreso debe utilizarse para pagar por las facturas de la residencia para ancianos, y Medicaid pagará los gastos restantes.*

Cuando son admitidos por primera vez, muchos pacientes de residencias para ancianos pueden pagar ellos mismos por sus gastos. Durante el transcurso de una estadía prolongada en una residencia para ancianos, la mayoría de las personas utilizan la mayor parte de sus ahorros para pagar por su atención y luego son elegibles para Medicaid.

Atención médica domiciliaria

Medicaid puede pagar por los servicios que usted recibe en su domicilio. No obstante, usted debe estar bajo el plan de atención de un médico, tener necesidades médicas que se pueden satisfacer en su domicilio y recibir servicios de un organismo de atención médica domiciliaria autorizado por Medicaid.

Cuidado personal

Medicaid también paga por su cuidado personal, como por ejemplo, asistencia para bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse. Para obtener la cobertura de Medicaid, debe estar bajo el plan de atención de un médico y debe recibir los servicios de un organismo de atención médica personal autorizado por Medicaid. Usted también puede acceder a una ayuda limitada para las tareas domésticas, tales como compras en la tienda de comestibles, preparación de las comidas o lavandería.

Community Options Program

En Wisconsin, el Community Options Program (COP) brinda servicios comunitarios de cuidados a largo plazo a algunas personas que de otro modo necesitarían de atención en una residencia para ancianos. Si usted cumple con los requisitos de patrimonio e ingresos limitados, la totalidad o una parte del costo de la atención puede ser cubierto por un programa especial de financiación estatal o, en algunos casos, por Medicaid. El COP ofrece una amplia variedad de servicios que incluyen atención personal, relevo de descanso al cuidador, atención diurna de adultos, transporte y hasta la ayuda necesaria con las tareas domésticas. La información sobre

* Wisconsin Department of Health Services

los requisitos para acceder al COP puede obtenerse de la unidad de ancianidad o del departamento de servicios humanos o sociales de su condado.

PROTECCIONES CONTRA EL EMPOBRECIMIENTO DEL CÓNYUGE

Si usted está casado y su cónyuge recibe cuidados a largo plazo en una residencia para ancianos, la ley le permite guardar cierto monto del ingreso mensual y retener cierta cantidad del patrimonio aun si Medicaid paga por los costos de los cuidados a largo plazo de su cónyuge. El monto que tiene permitido retener es adicional a la vivienda familiar y otros activos no cuantificados. Si lo desea, puede obtener más información desde Internet en www.dhs.wisconsin.gov/Medicaid/publications/p-10063.htm o bien, puede comunicarse con la oficina de ancianidad de su tribu o condado (www.dhs.wisconsin.gov/aging/contacts/coagof.htm).

Si lo considera necesario, puede consultar en la oficina de ancianidad de su condado o tribu o también a un abogado especialista en ancianidad si piensa en la posibilidad de una renta vitalicia “compatible con Medicaid” para acceder a Medicaid.

Estate Recovery Program

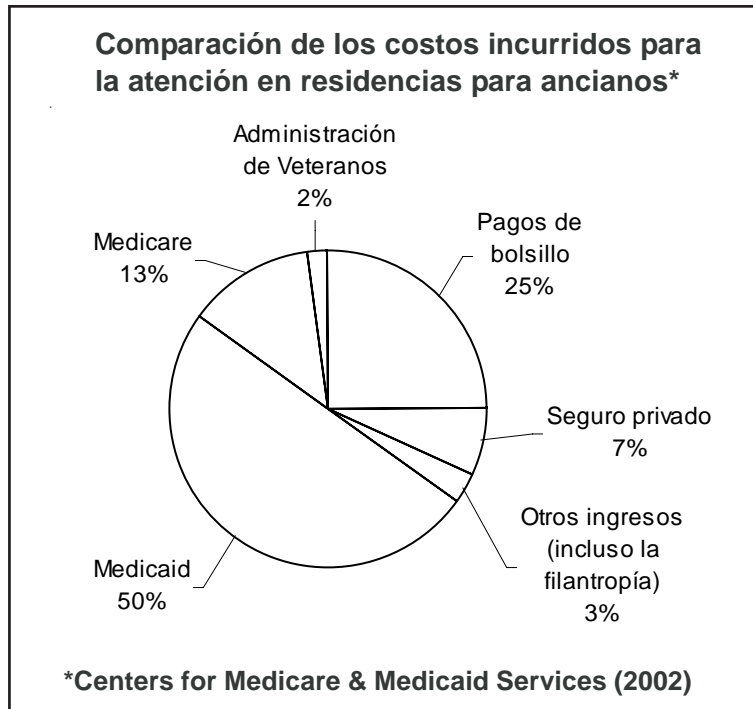
Wisconsin cuenta con un programa de recuperación del patrimonio a través del cual el estado trata de recuperar el pago de Medicaid por la atención recibida mientras el beneficiario se encontraba en una residencia para ancianos. El programa también trata de recuperar ciertos beneficios no institucionales de Medicaid para los beneficiarios mayores de 55 años de edad. La recuperación se realiza a partir del patrimonio del beneficiario o el de su cónyuge. El patrimonio incluye todos los activos que una persona posee al momento de su fallecimiento.

En la oficina de ancianidad de su tribu o condado puede obtener más información disponible sobre el Estate Recovery Program.

Seguro de complemento de Medicare

Las pólizas de seguro de complemento de Medicare no brindan cobertura para los cuidados a largo plazo. Están diseñadas para complementar a Medicaid y proveen cobertura muy limitada para residencias para ancianos y atención médica domiciliaria.

Para obtener más información sobre los beneficios contemplados en las pólizas de seguro de complemento de Medicare, consulte el folleto *Wisconsin Guide to Health Insurance for People with Medicare* (Guía de Wisconsin para el seguro de salud de personas con Medicare) que está disponible en la Office of the Commissioner of Insurance.



Tipos de pólizas de seguro de cuidados a largo plazo

Actualmente, existen tres tipos de pólizas de seguro en el mercado en Wisconsin para brindar cobertura a los gastos de cuidados a largo plazo. Ellas son:

1. Pólizas de seguro de cuidados a largo plazo

Estas pólizas proveen cobertura tanto de atención institucional (residencia para ancianos u otras instituciones) como de atención en la comunidad (atención domiciliaria u otros servicios comunitarios).

2. Pólizas de seguro para residencias para ancianos

Estas pólizas cubren **sólo** la atención en instituciones, como en una residencia para ancianos. Estas pólizas pueden o no cubrir la atención en una institución que cuente con apartamentos dentro de la residencia.

3. Pólizas de seguro de atención médica domiciliaria

Estas pólizas cubren **sólo** la atención comunitaria, como la atención médica domiciliaria. Estas pólizas pueden o no cubrir los servicios comunitarios, como la atención diurna para adultos.

NOTA

SOLAMENTE AQUELLAS PÓLIZAS QUE BRINDAN COBERTURA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA PUEDEN SER PUBLICITADAS U OFRECIDAS COMO PÓLIZAS DE SEGURO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO.

Estándares mínimos de Wisconsin para las pólizas

La Office of the Commissioner of Insurance de Wisconsin ha establecido estándares mínimos para cada uno de los tres tipos de pólizas que cubren los gastos de cuidados a largo plazo.

Estos tres tipos de pólizas deben:

- Suministrar al menos un año de beneficios.
- Brindar un mínimo de \$60 de beneficios diarios.
- Proveer beneficios según el nivel de atención solamente si el límite más bajo de los beneficios diarios no es menor que el 50% del límite más alto de los beneficios diarios. Por ejemplo, los beneficios provistos para la atención médica domiciliaria deberían ser de al menos el 50% de aquellos provistos para una residencia para ancianos.
- Brindar cobertura sin tener en cuenta si la atención es médicamente necesaria o no. La póliza puede requerir que la atención sea provista según un plan de atención.
- Abonar los beneficios sin requerir que usted esté en el hospital antes de obtener el servicio cubierto.
- Pagar los beneficios si usted no puede realizar tres o más actividades de la vida diaria (ADL) o si tiene una incapacidad cognitiva. La evaluación de las necesidades de incapacidad cognitiva y ADL debe ser realizada por profesionales certificados o matriculados, como médicos, enfermeras o trabajadores sociales.
- Pagar los beneficios de las “demencias irreversibles” (enfermedad de Alzheimer), siempre y cuando usted haya cumplido con los períodos de espera estipulados en la póliza y necesite del tipo de atención cubierto por dicha póliza. Esto no impide que una compañía de seguros se niegue a aceptar una solicitud suya si padece de enfermedad de Alzheimer o una similar.

- Ofrecer una opción de protección contra la inflación que aumenta el beneficio diario máximo y los montos del beneficio de por vida en una suma que es al menos igual al 5% compuesto anual.
- Ofrecer una opción de beneficios de no concesión que brinda un seguro liberado si su póliza caduca.
- Describir el procedimiento de apelación del beneficio. Este procedimiento requiere que la compañía de seguros revise la apelación y tome una decisión en un período no superior a 30 días.

Las pólizas que incluyen beneficios de atención médica domiciliaria deben pagar por la atención comunitaria (cuidados domiciliarios):

- Ya sea que padezca una enfermedad grave o no.
- Aun si los servicios no son provistos por un organismo o proveedor autorizado por Medicare.
- Aun si usted no estuvo previamente en un hospital o residencia para ancianos.

NOTA

Las pólizas que cubren solamente atención en una residencia para ancianos o sólo atención médica domiciliaria brindan beneficios limitados para los servicios de cuidados a largo plazo y es probable que no sean adecuadas para sus necesidades. Si desea obtener cobertura para la atención en residencia para ancianos y a domicilio, es más conveniente para usted que contrate una póliza de seguro integral cuidados a largo plazo. Es probable que hasta una póliza integral no cubra todos los tipos de servicios que necesita o desea.

Pólizas de seguro de cuidados a largo plazo deducibles de impuestos federales

En 1996, el Congreso aprobó una ley llamada Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). HIPAA concede ciertas ventajas para el impuesto a la renta federal de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo a las que se las denomina “deducibles fiscalmente” o “deducibles”. Si usted tiene una póliza deducible fiscalmente, puede descontar una parte o la totalidad de la prima que paga por dicha póliza. Puede incluir las primas con otros gastos médicos no compensados anualmente en un monto superior al 7.5% de su ingreso bruto ajustado. El monto de la prima que puede reclamar como deducción depende de su edad.

Las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que se contrataron el 1 de enero de 1997 o en una fecha posterior como pólizas fiscalmente deducibles deben cumplir con ciertas normas. Dichas pólizas deben tener una leyenda en la carátula similar a la siguiente:

Esta póliza es un contrato de seguro de cuidados a largo plazo fiscalmente deducible según la Sección 7702B (b) del Internal Revenue Code.

En el momento de solicitar un seguro de cuidados a largo plazo, usted debe recibir un resumen de la cobertura que tenga una notificación en la carátula que indique que la póliza es fiscalmente deducible.

Las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo fiscalmente deducibles deben brindar cobertura de servicios para pacientes que padecen enfermedades crónicas. Estos servicios son prestados según un plan de atención prescrito por un profesional de la salud habilitado. Una persona se considera paciente de enfermedad crónica si no puede realizar un cierto número de actividades de la vida diaria sin ayuda sustancial de otra persona durante al menos 90 días. También se considera enfermo crónico si necesita de supervisión constante de importancia para proteger su salud y seguridad ya que padece una incapacidad cognitiva.

Los beneficios que se pagan por una póliza de seguro de atención a largo plazo fiscalmente deducible generalmente no son imponibles como ingresos. Los beneficios que recibe de una póliza de seguro de atención a largo plazo que no es deducible fiscalmente pueden o no ser imponibles como ingreso.

Deducciones sobre el impuesto a la renta estatal

A partir de enero del año fiscal 1998, puede restar el monto pagado por el seguro de cuidados a largo plazo del impuesto a la renta de Wisconsin. Esta resta se aplica a ambas pólizas designadas para el impuesto a la renta federal como pólizas fiscalmente deducibles y no deducibles. El folleto de instrucciones que recibe junto con sus formularios del impuesto a la renta de Wisconsin incluye información sobre la deducción para el seguro de cuidados a largo plazo.

Programa conjunto de seguro de cuidados a largo plazo

La legislatura de Wisconsin aprobó recientemente una ley que permitió la creación de un programa conjunto de seguro de cuidados a largo plazo en Wisconsin. A partir del 1.º de enero de 2009, las compañías de seguro podrán ofrecer en Wisconsin pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que estén certificadas como pólizas que reúnen los requisitos del programa conjunto. Las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que reúnen los requisitos del programa conjunto tienen como objetivo permitirle que proteja todos o algunos de sus bienes y que a pesar de ello acceda a la cobertura de Medicaid si sus necesidades de cuidados a largo plazo se extienden más allá del periodo de la cobertura que le provee su póliza de seguro de cuidados a largo plazo del programa conjunto.

Algunas compañías de seguro que ofrecen pólizas de cuidados a largo plazo que reúnen los requisitos del programa conjunto, pueden ofrecer a los asegurados que tengan pólizas de cuidados a largo plazo la opción de cambiar sus pólizas actuales de cuidados a largo plazo por una póliza de cuidados a largo plazo calificada para el programa conjunto. Usted no tiene la

obligación de aceptar la opción de cambio, ni los aseguradores que ofrecen pólizas de cuidados a largo plazo tienen la obligación de ofrecérsela.

Las pólizas de cuidados a largo plazo del programa conjunto deben contemplar una cobertura de protección contra la inflación que cumpla con las normas mínimas específicas basadas en su edad al momento en que usted solicite una póliza de seguro de cuidados a largo plazo calificada del programa conjunto.

Si usted no tiene aún 61 años	la póliza debe proporcionarle protección contra la inflación a una tasa anual compuesta.
Si tiene entre 61 y 76 años de edad	la póliza debe proporcionarle protección contra la inflación a una tasa del 3% anual simple o una protección contra la inflación a una tasa anual compuesta.
Si tiene como mínimo 76 años	la póliza puede proporcionarle la protección contra la inflación mencionada anteriormente, aunque no está obligada a ello.

Todas las pólizas de cuidados a largo plazo del programa conjunto tienen como objetivo ser pólizas de seguro para cuidados a largo plazo fiscalmente deducibles a nivel federal, tal como lo establece el Internal Revenue Code federal.

La adquisición de una póliza de cuidados a largo plazo calificada del programa conjunto no garantiza que usted recibirá beneficios, reunirá los requisitos para la cobertura ni que tendrá protección de sus bienes conforme al programa de Medicaid. Por ejemplo:

- Los estados pueden retirarse del programa conjunto.
- Si usted agota los beneficios del seguro de cuidados a largo plazo conforme a una póliza que reúna los requisitos de un programa conjunto, puede ocurrir que los servicios de cuidados a largo plazo que esté recibiendo no estén cubiertos por el programa Medicaid de Wisconsin, es decir, cobertura de instituciones que cuentan con apartamentos propios.
- Si usted agota los beneficios de su seguro de cuidados a largo plazo conforme a una póliza que reúne los requisitos de un programa conjunto, puede ocurrir que la institución donde recibe atención no acepte Medicaid.
- Si se muda a otro estado, puede ocurrir que ese estado no participe en el programa conjunto para los cuidados a largo plazo ni reconozca la condición de la póliza como programa conjunto de cuidados a largo plazo en lo que se refiere a los requisitos para acceder a los beneficios de Medicaid.

Pólizas de seguro de vida y de cuidados a largo plazo

Otra forma de cubrir los gastos de los cuidados a largo plazo es a través de una cláusula adicional adjunta a la póliza del seguro de vida. Estas cláusulas adicionales son diferentes de

las pólizas de cuidados a largo plazo en varios aspectos. Por ejemplo, los beneficios mensuales para una estadía en una residencia para ancianos con cobertura generalmente se basan en un porcentaje del monto del seguro de vida. Una póliza de \$100,000 con un beneficio del 2% representa \$2,000 por mes. Un beneficio mensual para la atención a domicilio, cuando tiene cobertura bajo la cláusula, por lo general representa la mitad del beneficio destinado a las residencias para ancianos.

Los beneficios de cuidados a largo plazo contemplados en estas cláusulas están condicionados por el monto del seguro de vida vigente. Estos beneficios serán reducidos en caso de préstamos o extracciones contra la póliza. El uso de los beneficios de cuidados a largo plazo también reducirá la cobertura del seguro de vida sujeto a la póliza.

Una cláusula de cuidados a largo plazo tiene una carga de seguro separada que generalmente aumenta cada año de un modo similar al que aumenta el costo del seguro de vida contemplado en la póliza básica. El cargo anual por la cláusula no superará el costo garantizado y, generalmente, será menor.

Algunas compañías de seguros de vida ofrecen *contratos* de renta vitalicia con una cláusula que cubre los gastos de los cuidados a largo plazo. Un contrato de renta vitalicia con una cláusula de cuidados a largo plazo le permite usar los fondos acumulados en la renta vitalicia para pagar sus gastos de cuidados a largo plazo, sin aplicar ningún cargo de rescate. Las compañías cobran una prima adicional por esta cláusula.

¿Debo contratar un seguro de cuidados a largo plazo?

Muchas personas están interesadas en un seguro de cuidados a largo plazo para ayudar en el pago de una estadía en una residencia para ancianos u otros servicios de atención a largo plazo. No obstante, el seguro de cuidados a largo plazo no es para todos. Para algunas personas, el seguro de cuidados a largo plazo es una forma de seguro accesible y atractiva. Para otras, el costo es demasiado elevado y los beneficios no son suficientes. La contratación de un seguro de cuidados a largo plazo no debe ocasionar dificultades financieras que le hagan dejar de lado otras necesidades financieras más apremiantes. Cada persona debe examinar sus necesidades y recursos para decidir si el seguro de cuidados a largo plazo es el adecuado.

La decisión de contratar una póliza dependerá de su edad, estado financiero (que incluye su patrimonio y renta anual), salud, estado civil y los objetivos generales de retiro. Por ejemplo, si su única fuente de ingreso es un beneficio mínimo de Social Security o Supplemental Security Income (SSI), o si sus activos y renta lo acercan a la elegibilidad de Medicaid, debe considerar cuidadosamente si puede hacer frente a una póliza de cuidados a largo plazo, de atención en residencia para ancianos o médica domiciliaria. No tiene sentido contratar una póliza si no puede enfrentar el pago de las primas año tras año.

Recuerde que si tiene problemas actuales de salud que probablemente le ocasionen la necesidad de cuidados a largo plazo, como la enfermedad de Alzheimer, probablemente no cumpla con los requisitos para una póliza.

Un formulario personal de cuidados a largo plazo está disponible al final de esta guía para ayudarlo a identificar preguntas que puede querer plantearse.

¿A qué debo estar atento al comparar las pólizas?

Tipo de cobertura

Debe revisar la forma en la que la póliza paga los beneficios, ya que las distintas pólizas los pagan de diferentes maneras. Por ejemplo, algunas pólizas pagan un monto fijo por cada día que usted pasa internado en una residencia para ancianos o cada día que recibe atención comunitaria, sin importar el costo real de la atención. Otras pólizas pagan de acuerdo con los gastos reales del proveedor hasta un monto fijo diario o un porcentaje de los cargos. Las pólizas que pagan los beneficios según los gastos habituales, usuales o actuales tienen una notificación al respecto en la carátula.

También debe analizar el período de tiempo durante el que se pagan los beneficios. Estos beneficios pueden durar solamente un año o durante el resto de su vida, según sea la póliza. En general, los planes que proveen pagos para períodos más prolongados de tiempo son más costosos. Puede elegir entre varias opciones cuando contrata una póliza por primera vez. Es probable que no pueda aumentar los montos del beneficio en una fecha posterior sin comprobar la asegurabilidad.

Debe comparar pólizas similares. Por ejemplo, compare pólizas que se refieren solamente a residencia para ancianos.

Con frecuencia, las pólizas limitan los beneficios a tipos específicos de servicio que brindan tipos específicos de instituciones u organismos. Por ejemplo, los servicios provistos en el domicilio pueden estar limitados a aquellos provistos por un organismo de atención médica domiciliaria habilitado. Otros tipos de atención personal, tales como ayuda en las tareas domésticas u otros servicios, pueden no tener cobertura. Una póliza puede cubrir servicio de ambulancia hasta y desde el hospital, pero el mismo tipo de póliza que ofrece otra empresa es probable que no lo cubra. En otras palabras, es importante controlar cada póliza para asegurarse de que usted sabe exactamente qué servicios están cubiertos. El tipo de servicios de cuidados a largo plazo que usted desea o necesita puede no estar cubierto por la póliza.

Debe revisar las definiciones de la póliza con respecto a los tipos de instituciones que tienen cobertura. El State of Wisconsin cuenta con instituciones habilitadas, certificadas y registradas que brindan niveles diferenciados de atención médica de apoyo, cuidado personal o servicios de enfermería. Las pólizas que cubren la atención en residencias para ancianos de instituciones habilitadas proveerán cobertura en una residencia para ancianos. Sin embargo, las pólizas que cubren la atención en una residencia para ancianos habilitada no proveerán cobertura para la atención en una institución que cuenta con apartamentos dentro de la residencia. Estas instituciones están certificadas y registradas para proveer servicios de asistencia en los apartamentos. No están habilitadas para brindar los servicios de una residencia para ancianos. Las pólizas de cuidados a largo plazo generalmente no cubren los servicios en una institución residencial comunitaria.

Usted debe determinar si los pagos de las primas se basan en **la edad al momento de la emisión** o en **la edad cumplida**. Las primas de edad cumplida aumentan automáticamente con la edad de la persona. Las primas que se basan en la edad al momento de la emisión aumentan sólo si aumentan para todos los asegurados por esa forma de póliza.

Debe comparar los precios cuando compara las pólizas. Haga sus averiguaciones. Analice si la póliza es más o menos costosa que otras pólizas que tienen beneficios similares.

Parámetros para los desencadenantes de beneficios

Es obligatorio que las pólizas paguen beneficios cuando se presenten los desencadenantes llamados actividades de la vida diaria (ADL). Las pólizas deben basar sus beneficios en al menos seis ADL. Ellas son:

- Bañarse: lavarse uno mismo con una esponja de baño o en una tina o ducha; incluye también entrar y salir de la tina o ducha.
- Controlar esfínteres: la capacidad de controlar la función de los intestinos y de la vejiga; o bien, cuando no se puede tener control sobre estas funciones, la capacidad de realizar tareas de higiene personal asociadas con esta dificultad, como encargarse del catéter o de la bolsa de colostomía.
- Vestirse: ponerse y sacarse todos los elementos de la vestimenta y cualquier dispositivo de soporte, sujetadores o prótesis ortopédicas.
- Comer: alimentarse por sus propios medios desde un recipiente (un plato, taza o mesa) o mediante una sonda nasogástrica o por vía intravenosa.
- Uso del baño: llegar hasta el baño y de allí, hasta otro lugar, sentarse en el inodoro y levantarse de él, y realizar tareas relacionadas con la higiene personal.
- Trasladarse: acostarse en la cama y levantarse de ella, sentarse y levantarse de una silla o silla de ruedas.

Algunas pólizas pagan beneficios según siete ADL.

Las pólizas deben pagar los beneficios cuando usted necesita asistencia para realizar tres de las seis actividades de la vida diaria o si tiene una incapacidad cognitiva. Un gran número de pólizas pagan los beneficios cuando usted no puede realizar dos de las ADL. Una incapacidad cognitiva es una deficiencia en la memoria inmediata o en la de largo plazo, en la orientación con respecto a personas, espacios y tiempo, en el razonamiento deductivo o abstracto, o en la capacidad de discernimiento relacionada con la conciencia de seguridad. La evaluación de la incapacidad cognitiva y ADL debe ser realizada por un profesional de la salud certificado o matriculado, como un médico, enfermero o trabajador social. Usted será considerado como incapacitado para realizar una actividad de la vida cotidiana si necesita asistencia para realizarla o, en el caso de una incapacidad cognitiva, debe estar controlado o recibir instrucciones verbales para protegerse y proteger a otros.

Período de espera para enfermedades preexistentes

Si usted está enfermo o se encuentra bajo el cuidado de un médico debido a una enfermedad en particular en el momento de la contratación de la póliza, es probable que **no** pueda acceder a los beneficios para esa enfermedad hasta que haya transcurrido un cierto período de tiempo. Esto se llama **período de espera para enfermedades preexistentes**. Estos períodos varían

de una compañía de seguros a otra. El período de espera más prolongado permitido en Wisconsin es de seis meses. Este período de espera se aplica solamente a enfermedades sobre las que **no** se le preguntó en la solicitud y por las que un médico lo ha visto o tratado en los seis meses antes de contratar la póliza. No obstante, si usted tiene problemas médicos preexistentes en el momento en el que solicita cobertura, la compañía de seguros no tiene la obligación de aceptar su solicitud ni de proporcionarle cobertura.

Período de eliminación

Con frecuencia, las pólizas tienen períodos de eliminación. Esto se refiere al número de días que usted debe estar en una residencia para ancianos o en otra institución en la que recibe atención y que tiene cobertura con la póliza, o el número de consultas de atención a domicilio que deben recibirse antes de que se paguen los beneficios. Usted pagará la totalidad de los gastos de atención durante el período de eliminación. El período de eliminación más prolongado permitido por la ley de Wisconsin es de 365 días. Generalmente, cuanto más prolongado es el período, más baja es la prima. Mientras más duración tenga el período de eliminación, menores serán las posibilidades de cobrar los beneficios. Los períodos de eliminación no comienzan hasta que se cumpla el período de espera para enfermedades preexistentes. Las leyes de Wisconsin permiten a las compañías de seguros ofrecer períodos de eliminación de hasta un máximo de 365 días, pero la compañía también debe ofrecer el mismo tipo de póliza con períodos de eliminación de 180 días o menos.

Protección contra la inflación

Si su póliza de cuidados a largo plazo no contempla una manera de aumentar los beneficios a medida que aumentan los costos de la atención, **es probable que sus beneficios sean escasos para cuando necesite de la atención.** Por ejemplo, una residencia para ancianos que cuesta \$100 por día en el año 1995 podría costar \$200 o más en el año 2010. Todas las pólizas deben ofrecer la opción de adquirir una protección contra la inflación al 5% compuesto anual. Algunas pólizas pueden permitirle que contrate cobertura adicional en una fecha posterior. Las pólizas que tienen una cláusula de protección contra la inflación y tienen montos en dólares indicados para los beneficios máximos deben aumentar los beneficios máximos y los beneficios diarios a una tasa del 5% anual compuesto todos los años. El agregar una cláusula de protección contra la inflación aumentará el costo de la póliza.

Suspensión de la prima

Muchas pólizas proporcionan una suspensión de la prima. Esto significa que después de transcurrido un período de tiempo especificado desde el momento de **recibir** los beneficios contemplados en la póliza, usted puede solicitar que lo eximan del pago de las primas hasta que ya no reciba atención con cobertura o que se haya pagado el beneficio máximo de por vida.

Beneficios de incaducidad

Todas las pólizas deben ofrecer la opción de contratar una opción de beneficio de incaducidad de un período de beneficios acortados. El beneficio de incaducidad brinda atención a largo plazo liberada, solamente en residencias para ancianos, o cobertura de seguro solamente para atención domiciliar después de que usted haya pagado las primas durante tres años, pero ya

no continúe haciéndolo. El beneficio máximo contemplado en la póliza liberada es el mayor del 100% de la suma de todas las primas pagadas por la póliza, que incluye las primas pagadas antes de cualquier cambio que sufran los beneficios, o el equivalente a 30 veces el monto del beneficio diario que esté vigente en la fecha de caducidad. Al igual que la opción de protección contra la inflación, la cláusula del beneficio de incaducidad aumenta el costo de la póliza.

Parámetros de aumento de la tasa de cuidados a largo plazo

Si usted tiene una póliza que fue emitida entre **el 1 de agosto de 1996 y el 31 de diciembre de 2001**, dicha póliza está sujeta a ciertos parámetros que restringen el número y el monto de los aumentos en las primas. Es probable que la prima inicial no aumente durante los tres primeros años en los que la póliza está vigente y, después de ese período, la tasa está garantizada durante al menos dos años. Es importante que sepa que si la compañía aumenta las primas en las formas de la póliza de cuidados a largo plazo en un porcentaje superior al 50% en cualquier período de tres años, se le limitará la posibilidad de ofrecer pólizas en Wisconsin. A pesar de que las tasas de aumento se aplican a todas las personas que tienen la misma póliza, es posible que las categorías de individuos cubiertos en esta forma de póliza observen montos diferentes de aumento en las cláusulas que contrataron y el monto del riesgo asociado con su categoría de edad.

Si tiene una póliza que se **emitió el 1º de enero del 2002 o después de esa fecha**, su póliza está sujeta a las leyes de seguros de Wisconsin que fueron enmendadas para brindar protecciones complementarias, entre ellas se encuentran las disposiciones para la protección del consumidor y las prácticas de clasificación. Las compañías de seguros están obligadas a establecer tasas de primas iniciales que sean suficientes y que se espera que permanezcan inalterables durante la vigencia de la póliza. La compañía de seguros debe certificar que no se esperan aumentos futuros en las primas. Además, la compañía de seguros debe hacerle saber los aumentos anteriores en la tasa de la prima de su póliza.

Las tasas de las primas de los seguros de cuidados a largo plazo están aumentando.

Debe considerar si puede pagar las primas de un seguro de cuidados a largo plazo ahora y en el futuro. Las primas para un seguro de cuidados a largo plazo han estado subiendo y la tendencia continuará. Se le pedirá que complete un Formulario personal al momento de solicitar un seguro de cuidados a largo plazo. Se incluye al final de esta guía una copia del Formulario personal. **La regla general indica que no debe gastar más del 7% de sus ingresos anuales en un seguro de cuidados a largo plazo.** Debe determinar si puede pagar las primas durante los próximos 15, 20 ó 25 años. ¿Podrá pagar las primas si aumentaran un 10%, 15%, 20% o más?

Las mujeres se pueden encontrar con que sus ingresos disminuyen cuando pierden a sus cónyuges. Esto puede dificultar el pago de las primas de un seguro de cuidados a largo plazo. Sin embargo, las mujeres tienden a vivir más tiempo que sus cónyuges. Se puede encontrar con que tiene menos sustento y atención familiar disponible a medida que envejece, lo que puede significar pagar de su propio bolsillo la atención médica domiciliaria o los servicios de las residencias para ancianos.

Otras maneras de pagar los cuidados a largo plazo

Un seguro de cuidados a largo plazo es sólo una manera de pagar la posible atención médica domiciliaria o en una residencia para ancianos. Puede depender del sustento y de la atención familiar. También es posible que existan organizaciones en su comunidad que tengan voluntarios que brindan sustento y servicios de atención o es posible que reúna los requisitos para beneficios y servicios para veteranos. Puede contemplar la posibilidad, como parte de su plan financiero personal, de depender de ahorros personales, como cajas de ahorro, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, una cuenta de retiro individual (IRA), un plan 401K, un plan Keough, opciones de acumulación de un seguro de vida o beneficios de pensiones. Puede pensar en una hipoteca inversa o un contrato para atención continua. Una tabla que muestra una comparación de algunas de estas opciones se encuentra disponible en

www.medicare.gov/LongTermCare/Static/PayingOverview.asp

Exclusiones de la póliza

Es probable que las pólizas de cuidados a largo plazo tengan ciertas exclusiones. Las más comunes se refieren a trastornos nerviosos o mentales, enfermedades preexistentes, atención recibida fuera de los Estados Unidos y la atención médica necesaria como consecuencia de una lesión autoprovocada.

NOTA

Según las leyes de Wisconsin, una vez que usted está asegurado y ha cumplido con los períodos de espera, que incluyen el período de eliminación, las pólizas no pueden rechazar los beneficios para demencias irreversibles como la enfermedad de Alzheimer, siempre y cuando usted necesite de los servicios cubiertos por la póliza. Las pólizas pueden excluir la cobertura para otras enfermedades o situaciones. Debe revisar atentamente el resumen de cobertura que recibe cuando solicita la póliza. El resumen de cobertura enumera las exclusiones y resume el tipo de cobertura que ofrece la póliza.

Renovación

Todas las pólizas **que se encuentran actualmente en el mercado** tienen “garantía de renovación de por vida”. Esto significa que su cobertura se mantendrá mientras usted pague la prima. La disposición de renovación de la póliza se encuentra en la primera página de ésta y en el resumen de cobertura. La compañía de seguros puede aumentar las primas, pero solamente si las aumenta para todas las personas que tienen la misma póliza. Esto no significa que continuará su cobertura si usted ha agotado los beneficios de la póliza. Si contrata una póliza con un período de beneficios de un año, sus beneficios terminarán luego de un año de que la compañía de seguros haya pagado por ellos. Usted no podrá renovar estos beneficios.

Restitución

Las pólizas también incluyen cláusulas de restitución. Si usted no paga las primas, la compañía de seguros tiene la obligación de notificarle a usted y a la persona designada que la póliza caducará en un período de 30 días. Si su póliza caduca y usted presenta pruebas de incapacidad cognitiva y para realizar actividades de la vida cotidiana, su póliza puede ser restituida si así lo solicita antes de que transcurra un período de al menos cinco meses desde la caducidad y si paga las primas vencidas.

Costo de la póliza

La prima puede variar de acuerdo a muchos factores, entre los que se encuentran los beneficios de la póliza, su edad, sexo y lugar de residencia. Las condiciones según las cuales la prima puede aumentar y la prima anual que se le cobra se analizan en el resumen de cobertura. Las pólizas contratadas cuando es más joven son generalmente menos costosas que aquéllas que se contratan cuando es mayor.

Compare precios cuando compare las pólizas. Averigüe si la póliza es más o menos costosa que otras pólizas que tienen beneficios similares.

Cancelación

Usted tiene derecho a solicitar la cancelación de la póliza cuando lo desee y la compañía de seguros debe emitir un reembolso de la prima prorrateada. Si usted fallece cuando la póliza está vigente, la compañía de seguros emitirá un reembolso de primas para sus sucesores.

Preguntas referidas a la salud

Cuando usted solicite un seguro de cuidados a largo plazo, es probable que le pregunten sobre su estado de salud, que incluye internaciones previas y estadías en residencias para ancianos. Cada compañía aseguradora tiene sus propios parámetros para decidir quién es elegible para una determinada póliza. Si las preguntas no son respondidas con precisión, la compañía de seguros puede negarse a pagar los beneficios, dar por finalizado el contrato y devolver sus primas en el momento en el que usted presente un reclamo. Ya que la solicitud es parte de la póliza, contrólela de nuevo cuando reciba la póliza para asegurarse de que todas las preguntas fueron respondidas con precisión.

La lista de verificación del seguro cuidados a largo plazo que se incluye en esta guía le dará una idea más cercana de la prima real de la póliza.

¿Debo cambiarme a otra póliza de cuidados a largo plazo?

Si su póliza actual no le brinda los beneficios o el monto de cobertura que desea, puede considerar la posibilidad de cambiarse a otra póliza de cuidados a largo plazo. Por ejemplo, si su póliza actual le provee un beneficio diario de \$100 para atención en una residencia para ancianos, pero las instituciones de su zona cobran una suma significativamente más elevada, es probable que desee aumentar su cobertura. No obstante, si decide cambiar de póliza,

primero debe comunicarse con la compañía de seguros actual y consultar si puede mejorar su póliza actual, y cuál es el costo que tendrá esa mejora en la cobertura. Usted no accederá automáticamente a una mejora en la cobertura, sino que se le pedirá que presente una solicitud y responda a preguntas médicas. Si su estado de salud es satisfactorio, muy probablemente reunirá los requisitos para una mejora en la cobertura, si está disponible.

Si la mejora de la cobertura no está contemplada como opción, puede mantener su cobertura existente y contratar una póliza complementaria o reemplazar la actual por otra que tenga los beneficios que desea. Si embargo, si cancela su póliza actual, asegúrese de que la nueva compañía de seguros haya aceptado su solicitud y emitido una nueva póliza.

No debe reemplazar su póliza simplemente porque su agente de seguros trabaja para otra compañía. La nueva póliza será probablemente más costosa porque las compañías aseguradoras aplican primas más elevadas para las nuevas coberturas según la edad de la persona que la solicita.

Protecciones del consumidor

Una ley de Wisconsin obliga a las compañías de seguros que otorgan pólizas de seguro de cuidados a largo plazo a que le brinden información específica al momento en que esté considerando contratar un seguro de cuidados a largo plazo. Esta información incluye:

- **Un resumen de la cobertura.** Esto es un resumen de la póliza que explica lo que cubre y lo que no cubre.
- **Un historial de los aumentos en las tasas de la compañía.** La compañía de seguros debe dar a conocer sus aumentos en las primas del pasado.
- **Un Formulario personal.** Se le pedirá que complete un Formulario personal que puede ayudar a determinar su posibilidad de poder pagar las primas al momento de la solicitud y con el transcurso del tiempo y las razones para contratar el seguro. Completar el Formulario personal le ayudará a determinar si el cuidado a largo plazo es la opción adecuada para usted. Se incluye al final de esta guía una copia de este formulario.
- **Capacidad para designar a una persona (además de usted) para recibir una notificación de caducidad o rescisión de la póliza por falta de pago de las primas.** Como una protección contra la caducidad involuntaria, usted tiene el derecho de designar a otra persona, además de usted, para recibir una carta cuando su póliza esté a punto de caducar o rescindirse por falta de pago de la prima.

Después de que solicite un seguro de cuidados a largo plazo, la póliza que reciba debe cumplir con las siguientes protecciones para el consumidor:

- **Un período de prueba de 30 días.** Una vez que reciba su póliza de seguro, tiene 30 días para revisarla y, si cambia de parecer y quiere devolverla, recibirá un reembolso total de las primas que pagó.

- **Beneficio de incaducidad contingente** Las pólizas emitidas después del 1 de enero de 2002 deben incluir un beneficio contingente sobre el requisito de caducidad. El beneficio será ejecutado si su póliza sufre un aumento importante de prima y usted no contrató la opción de incaducidad de período de beneficios acortados. El beneficio contingente sobre el requisito de caducidad le brindará protección complementaria en el caso de caducidad. Por ejemplo, si usted tiene 70 años y rechazó la oferta de la compañía de seguros del beneficio de incaducidad y la prima aumenta a 40% más que la prima original que pagó cuando contrató la póliza, se le ofrecerán dos opciones. Estas opciones le permitirán seguir pagando el monto de la prima original de manera que no tenga que dejar sin efecto la póliza y pierda su cobertura. Tendrá la opción de reducir el monto de su beneficio o convertir al estado liberado con un período de beneficios más corto. Obviamente que también tendrá la opción de mantener su póliza y continuar pagando una prima más elevada.
- **Procedimiento de apelación del beneficio.** Tiene el derecho en virtud de su seguro de cuidados a largo plazo o póliza de seguro de vida y cuidados a largo plazo a apelar una denegación del beneficio. El procedimiento interno de apelación del beneficio debe estar descrito en su póliza.

Consejos para la contratación

- Controle al agente que le ofrece la póliza. Puede hacerlo en la Office of the Commissioner of Insurance para comprobar que el agente esté habilitado. Una medida acertada es trabajar con un agente local que estará disponible para ayudarlo a presentar reclamos y responder a preguntas. No dude en preguntarle al agente desde cuándo trabaja en esa función, así como los nombres. Consulte con amigos y vecinos sobre el nombre de un agente confiable y trate de programar una cita en la oficina del agente.
- Trate de comparar varias pólizas. Comuníquese con varias compañías y agentes antes de contratar una póliza de cuidados a largo plazo. En la Office of the Commissioner of Insurance está disponible una lista de las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que se ofrecen actualmente en Wisconsin.
- Comuníquese con la **Línea de ayuda de Medigap al 1-800-242-1060**. Este es un número gratuito en toda la nación que ha sido instalado por el estado para responder a las preguntas referidas al seguro de salud de ancianos.
- Averigüe en la Office of the Commissioner of Insurance si se tomaron medidas administrativas en contra de la compañía o del agente.
- **Tómese su tiempo.** No debe contratar una póliza sin tener en cuenta previamente todas sus opciones y asegurarse de que necesita y puede pagar el seguro. No deje que nadie lo presione a tomar una decisión apresurada. Utilice esta guía para que lo ayude a tomar la decisión. También puede obtener una copia de la guía *Long-Term Care Approved Policies* (Pólizas aprobadas de cuidados a largo plazo) que brinda información que le permitirá comparar las pólizas de seguro de cuidados a largo plazo que se ofrecen en Wisconsin.

- **Que no le hagan creer que su historia clínica no es importante.** Debe responder a todas las preguntas de la solicitud íntegramente y con exactitud. Si un agente completa la solicitud por usted, debe leerla y asegurarse de que la solicitud sea exacta antes de firmarla. Si firma una solicitud que contiene información incorrecta o incompleta, la compañía de seguros puede negarse a pagar sus reclamaciones y cancelar su póliza de seguro.

Preguntas para el agente de ventas:

- ¿Qué tipo de póliza es ésta y cuál es la cobertura que brinda? ¿Se considera a esta póliza como de cuidados a largo plazo, solamente para residencias para ancianos o sólo de atención domiciliaria?
- ¿Qué tipos de instituciones o proveedores pueden brindar la atención cubierta por esta póliza? ¿Están disponibles estas instituciones y proveedores en mi comunidad?
- ¿Cuál es la duración de los beneficios?
- ¿Cuánto pagará la póliza por día?
- ¿Tiene la póliza período de eliminación antes de que comiencen los beneficios? ¿Cuál es la duración?
- ¿Existen límites para enfermedades preexistentes?
- ¿Cuál es el costo de los beneficios de incaducidad, de la protección contra la inflación y de la suspensión de la prima?
- ¿Qué sucede si no pago la prima?
- ¿Qué enfermedades no tienen cobertura en esta póliza?
- ¿Cuántas ADL deben ser deficientes?
- ¿Se considera a esta póliza como “fiscalmente deducible”?
- ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas sobre la cobertura o si necesito ayuda para presentar un reclamo?

Períodos de prueba

Las pólizas deben incluir un período de prueba. Usted tendrá al menos 30 días desde el momento en que recibe la póliza para analizarla y decidir si desea utilizarla. Si decide devolver la póliza a la compañía dentro del período de prueba, recibirá un reembolso total de las primas.

Sin embargo, si decide usar la póliza, asegúrese de que su solicitud esté correcta y completa. La solicitud forma parte de la póliza.

No se deje influenciar por la publicidad

No se deje influenciar por la promoción de productos que hacen personajes famosos. La mayoría de estas personas son actores profesionales a quienes se les paga para publicitar las pólizas de seguro. No son expertos en seguros.

Tenga cuidado con el material que le llega por correo y que parece ser enviado por el gobierno federal

Es probable que en realidad haya sido enviado por compañías de seguro que tratan de captar potenciales clientes. Muéstrese escéptico si le preguntan telefónicamente sobre Medicare o sobre su seguro. Toda información que brinde puede ser vendida a agentes de seguros que le llamarán o lo visitarán en su domicilio.

No se sobreasegure

No es necesario contratar varias pólizas. Es suficiente con una buena póliza de seguro de cuidados a largo plazo que brinde cobertura de atención institucional y comunitaria.

Tenga cuidado de rechazar una póliza para contratar otra

Antes de contratar una póliza, esté absolutamente seguro de que la nueva póliza es mejor que la que ya tiene. Si cambia de póliza, es probable que esté sujeto a nuevos períodos de espera para enfermedades preexistentes o que tenga otras restricciones sobre sus beneficios. Sin embargo, si usted reemplaza su póliza y no hay una cesación en la cobertura, el tiempo que tuvo cobertura con una póliza se tiene en cuenta para cumplir con el período de espera para enfermedades preexistentes estipulado en la nueva póliza.

Nunca pague en efectivo a un agente

Hágalo a través de un cheque pagadero a la compañía de seguros.

Asegúrese de tener el nombre, domicilio y número de teléfono del agente y de la compañía

Consiga el número local o gratuito (si la compañía cuenta con uno) para que pueda comunicarse con ella.

Si no recibe su póliza en período de 45 a 60 días, comuníquese con la compañía o con su agente

Revise su póliza atentamente

Si tiene alguna pregunta sobre su póliza de seguro, póngase en contacto con su agente de seguros para que las aclare. Si aún así tiene alguna pregunta, comuníquese con la Office of the Commissioner of Insurance o la Board on Aging and Long-Term Care.

¿Qué sucede si tengo preguntas o quejas?

Si tiene preguntas o quejas sobre:

Medicare

Comuníquese con la oficina local de Social Security o con la oficina de ancianidad de su tribu o condado (<http://www.dhs.wisconsin.gov/aging/contacts/coagof.htm>), o también puede comunicarse con la Social Security Administration si llama al número gratuito **1-800-772-1213**.

Medicaid

Comuníquese con la Social Service Agency de su condado o con la línea directa para beneficiarios. El número telefónico gratuito es **1-800-362-3002**.

Seguro

Comuníquese con el agente o la compañía involucrada. Si no recibe respuestas satisfactorias, comuníquese con la Office of the Commissioner of Insurance, P.O. Box 7873, Madison, Wisconsin, 53707-7873. Teléfono: **1-800-236-8517**. Los sordomudos, sordos o personas con dificultades para el habla pueden comunicarse con OCI a través de WI TRS.

Sitio en Internet de la OCI

<http://oci.wi.gov>

Board on Aging and Long-Term Care (BOALTC)

1402 Pankratz Street, Suite 111
Madison, WI 53704-4001
1-800-242-1060
<http://longtermcare.wi.gov>

Glosario de términos

Actividades de la vida cotidiana (ADL): son aquellas actividades que forman parte de la vida diaria, como bañarse, controlar esfínteres, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse.

Actividades instrumentales de la vida cotidiana: actividades funcionales básicas necesarias para que usted permanezca en su domicilio, como preparar los alimentos, hacer las compras, hacer actividades domésticas simples, lavar la ropa, realizar llamadas telefónicas y administrar el dinero y pagar las facturas.

Administración de casos: servicios provistos por un profesional de la salud habilitado o certificado para asistir en la organización, control o coordinación de los servicios de cuidados a largo plazo.

Atención diurna de adultos: atención que se brinda en un programa grupal y comunitario en una institución no residencial, diseñado para satisfacer las necesidades de adultos con incapacidades funcionales. Es un programa integral y estructurado que puede brindar una gran variedad de servicios sociales, médicos y de apoyo relacionados en cualquier momento del día.

Atención en hospicios: paquete especialmente diseñado que contiene servicios sociales y médicos que brindan principalmente alivio del dolor, tratamiento de los síntomas y servicios de apoyo a pacientes con enfermedades terminales y a sus familiares.

Atención médica domiciliaria: atención que incluye servicios de enfermería especializada, como tratamientos terapéuticos o administración de medicamentos, servicios asistenciales para la salud a domicilio, tales como controlar la temperatura y la presión arterial; atención personal, como ayuda para bañarse, vestirse, caminar, hacer ejercicio físico y terapia física, ocupacional, respiratoria o del habla.

Beneficio de incaducidad contingente o beneficio contingente sobre caducidad de la póliza: si usted rechaza la oferta obligatoria de un beneficio de incaducidad, la compañía de seguros debe proveer un “beneficio contingente sobre incaducidad”. Esto significa que cuando las primas aumentan a un cierto nivel (según una tabla de aumentos provista en la información de la póliza), el beneficio entrará en vigencia. Entonces se le ofrecerá, antes de que transcurran 120 días de la fecha de vencimiento de la nueva prima, la oportunidad de aceptar una de las siguientes opciones: 1) reducir los beneficios provistos por la póliza actual para que la prima no se modifique o 2) convertir su póliza a un estado liberado con un período de beneficios más corto.

Contratación garantizada: una cláusula de la póliza que le permite aumentar los beneficios durante períodos específicos de tiempo sin prueba de asegurabilidad.

Capacitación de la persona que brinda atención: capacitación que se brinda para asistir a una persona que le brinda atención informal y sin remuneración en su domicilio.

Complejos de apartamentos de atención residencial (RCAC): estas instituciones están habilitadas por el Department of Health Services (DHS). Los RCAC tienen cobertura solamente si su póliza identifica a estas instituciones como un beneficio con cobertura y la institución ha sido habilitada como RCAC por el DHS.

Coordinación de la atención: los servicios provistos por un profesional de la salud habilitado o certificado designado por la compañía de seguros para realizar una evaluación y desarrollar un plan para satisfacer las necesidades de cuidados a largo plazo.

Desencadenantes de beneficios: este término se utiliza para describir cuándo se pagan los beneficios. Un tipo de desencadenante de beneficios es una actividad de la vida cotidiana (ADL). Las compañías de seguro pueden utilizar diferentes eventos o tipos de desencadenantes de beneficios para determinar en qué momento se comenzarán a pagar los beneficios. Los desencadenantes se describen en el criterio de elegibilidad de la póliza.

Devolución de prima: una cláusula que establece que si usted fallece después de haber sido asegurado durante un período de tiempo específico o si pagó las primas durante un período específico, la compañía de seguros devolverá las primas pagadas menos los beneficios abonados.

Exclusiones: cualquier enfermedad o gasto que la póliza no cubrirá.

Incapacidad cognitiva: deficiencia en la memoria inmediata o en la de largo plazo, en la orientación con respecto a personas, espacios y tiempo, en el razonamiento deductivo o abstracto, o en la capacidad de discernimiento relacionada con la conciencia de seguridad.

Institución residencial comunitaria (CBRF): estas instituciones están habilitadas, registradas o certificadas por el Department of Health Services (DHS). Las CBRF tienen cobertura solamente si su póliza identifica a estas instituciones como un beneficio con cobertura y la institución ha sido habilitada como CBRF por el DHS.

Institución que cuenta con apartamentos dentro de la residencia: es una institución autorizada o registrada en el Department of Health Services (DHS). Estas instituciones existen para cubrir el vacío que existe entre la vida independiente y las residencias para ancianos y brindan una variedad de servicios según sean las necesidades de los residentes.

Pensionado: una persona que recibe pagos de beneficios de una renta vitalicia.

Período de eliminación: el número de días que debe esperar después de recibir cuidados a largo plazo antes de recibir beneficios del seguro.

Plan alternativo de atención: si de algún otro modo cumple con los requisitos para obtener los beneficios, esta disposición le permite calificar para obtener beneficios que no están específicamente enumerados en la póliza, siempre y cuando exista un acuerdo entre usted, su médico y la compañía.

Plan de atención: un plan que detalla la atención que necesita y el período de tiempo durante el cual necesitará de atención.

Profesional de la salud habilitado: cualquier médico, enfermera o trabajador social habilitado o certificado, o cualquier otra persona que cumpla con los requisitos establecido por el Secretary of the Treasury.

Relevo de descanso al cuidador: la provisión de atención personal, supervisión u otros servicios a una persona incapacitada en sus funciones para liberar temporalmente a un miembro de la familia o a otra persona encargada de las tareas de atención. Estos servicios transitorios son generalmente provistos en el hogar de la persona incapacitada o en otro hogar o entorno hogareño, pero también pueden ser suministrados en una residencia para ancianos.

Renta vitalicia: un contrato de seguro en el que una compañía de seguros promete realizar pagos a un pensionado durante un período de tiempo determinado o de por vida.

Reserva de cama: este beneficio se paga si usted recibe atención en una residencia para ancianos y necesita permanecer durante algún tiempo en el hospital. La compañía cubrirá cualquier gasto en el que incurra la residencia para ancianos por la reserva de su cama durante su internación.

Restitución de los beneficios: si usted cobra beneficios de una póliza y luego se recupera de modo tal que no recibe atención que lo califique para los beneficios durante un período de tiempo, puede obtener la restitución de esos beneficios a su nivel original. Controle si esta disposición se encuentra en la póliza o si está disponible como una cláusula para una prima adicional.

Resumen de la cobertura: un resumen de los beneficios y limitaciones de una póliza que facilita su entendimiento y comparación con otras. Las compañías de seguros deben darle este resumen antes de contratar una póliza de cuidados a largo plazo.

Sobreviviente liberado: una cláusula que, en caso de fallecimiento del cónyuge del beneficiario, suspende las primas de por vida si tanto usted como su cónyuge tuvieron cobertura durante un tiempo especificado con la misma compañía.

Suspensión de la prima: suspensión de los pagos de la prima después de haber recibido los beneficios de la póliza durante el período de tiempo establecido en la póliza.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SEGURO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO

Nombre y domicilio de la compañía de seguro: _____

Número de teléfono: _____

Nombre y domicilio del agente: _____

Número de teléfono: _____

<u>Tipo de atención cubierta</u>	Beneficio diario	Duración del beneficio	Limitaciones
1. Atención institucional Residencia para ancianos: Institución que cuenta con apartamentos dentro de la residencia: Institución de hospicio: Garantía de reserva de cama:			
2. Atención comunitaria: Atención médica domiciliaria: Atención diurna para adultos: Relevo de descanso al cuidador: Hospicio: Otro:			

OTROS ELEMENTOS

Período de eliminación

 Por incidente: _____

 De por vida: _____

Período de espera para enfermedades preexistentes: _____

Período de pago de la prima:

Edad cumplida (las primas aumentan con la edad del asegurado): _____

Edad de emisión (las primas no aumentan solamente porque aumente la edad del asegurado): _____

Período específico o de por vida: _____

Exclusiones y limitaciones de la póliza: _____

Suspensión de la prima: _____

Protección contra la inflación: _____

Beneficios de incapacidad: _____

COSTO DE LA PÓLIZA:

Póliza básica: _____

Protección contra la inflación: _____

Beneficios de incapacidad: _____

Beneficios adicionales: _____

Seguro de cuidados a largo plazo Formulario personal

Las personas contratan un seguro de cuidados a largo plazo por muchas razones. Dichas razones incluyen evitar que sea necesario gastar los activos en cuidados a largo plazo, asegurarse de que existan opciones con respecto al tipo de cuidados recibidos, proteger a los miembros de la familia de modo que no tengan que pagar por los cuidados o disminuir las posibilidades de tener que recurrir a Medicaid. Sin embargo, el seguro de cuidados a largo plazo puede resultar costoso y no es adecuado para todos. La ley estatal exige que la compañía de seguros le solicite que complete esta planilla para ayudarlos a usted y a su compañía de seguros a determinar si debería adquirir esta póliza.

Información de la prima

Números del formulario de la póliza _____

La prima para la cobertura que está contemplando será de [\$_____ por mes, o \$_____ por año,]
[una prima única de \$_____].

Tipo de póliza (no cancelable/garantía de renovación): _____

[La compañía no puede aumentar las tasas de esta póliza]. [La compañía tiene el derecho a aumentar las primas de este formulario de póliza en el futuro, siempre que suba las tasas para todas las pólizas de la misma clase en este estado]. [Los aseguradores deberán marcar el enunciado entre corchetes correcto. Las garantías de las tasas no deberán figurar en este formulario].

Nota: El asegurador utilizará la oración u oraciones entre corchetes que correspondan al producto que se ofrece. Si una compañía incluye una declaración que afirma que no subió las tasas, debe divulgar la tasa de la compañía que aumentó en virtud de pólizas anteriores con cobertura básicamente similar.

Historial de aumento de la tasa

La compañía vende seguros de cuidados a largo plazo desde [año] y vende esta póliza desde [año]. [La compañía no ha aumentado jamás las tasas de las pólizas de cuidados a largo plazo que ha vendido en este estado o en cualquier otro estado]. [La compañía no ha aumentado las tasas para este formulario de póliza ni otros formularios de póliza similares en este estado ni en ningún otro estado en los últimos 10 años]. [La compañía aumentó las tasas de las primas de este formulario de póliza u otros formularios similares en los últimos 10 años. A continuación encontrará un resumen del incremento de las tasas].

Preguntas relacionadas con sus ingresos

¿Cómo pagará las primas anuales?

Ingreso Ahorros Miembros de la familia

[¿Pensó si podrá mantener esta póliza si las primas aumentaran, por ejemplo, un 20%?]

Nota: El asegurador utilizará la oración entre corchetes salvo que la póliza esté pagada por completo, o bien que sea una póliza no cancelable.

¿Cuáles son sus ingresos anuales? (marque una opción)

Menos de \$10,000 De \$[10,000 a 20,000] De \$[20,000 a 30,000]
 De \$[30,000 a 50,000] Más de \$50,000

Nota de redacción: El emisor puede elegir los números que colocará entre los corchetes para que se ajusten a sus estándares de adecuación.

¿Cómo anticipa que sus ingresos cambiarán durante los próximos 10 años? (marque una opción)

- Sin cambios Aumentarán Disminuirán

Si va a pagar las primas con dinero obtenido sólo de sus propios ingresos, la regla general es que no podrá pagar esta póliza si las primas superan el 7% de sus ingresos.

¿Adquirirá una protección contra la inflación? (marque una opción) Sí No

Si la respuesta es "No", ¿pensó cómo pagará la diferencia entre los costos futuros y el monto de su beneficio diario?

- De mis ingresos De mis ahorros o inversiones Mi familia pagará.

El promedio nacional del costo anual de atención en [ingrese el año] fue [ingrese la cantidad en \$], pero esta cifra varía según la región del país. En diez años, el promedio nacional del costo anual será de alrededor de [ingrese la cantidad en \$] si los costos aumentan un 5% al año.

¿En qué período de eliminación está pensando? Cantidad de días _____ Costo aproximado \$ _____ por ese período de atención.

¿Cómo tiene pensado pagar por su atención durante el período de eliminación? (marque una opción)

- De mis ingresos De mis ahorros o inversiones Mi familia pagará.

Preguntas relacionadas con sus ahorros e inversiones

Sin contar su casa, ¿cuánto valen aproximadamente todos sus activos (sus ahorros e inversiones)? (marque una opción)

- Menos de \$20,000 Entre \$20,000 y \$30,000 Entre \$30,000 y \$50,000 Más de \$50,000

Sin contar su casa, ¿cuál es el valor aproximado de todos sus activos (ahorros e inversiones)?

- Se mantendrán más o menos iguales Aumentarán Disminuirán

Si contrata esta póliza para proteger sus activos y sus activos totalizan menos de \$30,000, quizás sea importante que tenga en cuenta otras opciones para financiar los cuidados a largo plazo.

Declaración

(Marque una opción.)

Las respuestas a las preguntas anteriores describen mi situación financiera.

u

Opto por no proporcionar esta información. I choose not to complete this information.

(Este casillero debe marcarse.)

Reconozco que el proveedor o su agente (a continuación) han revisado este formulario conmigo incluyendo la prima, el historial de aumento de la tasa de la prima y las posibilidades de aumento de la prima en el futuro. (Para casos de correo directo, utilice lo siguiente: Reconozco que he revisado este formulario incluyendo la prima, el historial de aumento de la tasa de la prima y las posibilidades de aumento de la prima en el futuro). Comprendo las declaraciones anteriores.
Comprendo que las tasas de esta póliza pueden aumentar en el futuro.

Firmado por: _____ (Solicitante) _____ (Fecha)

[Le expliqué al solicitante la importancia de proporcionar esta información.

Firmado por: _____ (Agente) _____ (Fecha)

Nombre del agente con letra de imprenta: _____]

Nota: para que procesemos su solicitud, devuelva esta declaración firmada a (nombre de la compañía) junto con su solicitud.

[Mi agente me advirtió que esta póliza no es adecuada para mí. No obstante, quiero que la compañía considere mi solicitud.

Firmado por: _____ (Solicitante) _____ (Fecha)]