

ExamFX®

Pass Package



Insurance to pass.

ExamFX is exam prep for people who want to work in the insurance and financial services industries – industries that are about security and peace of mind – which is exactly what we offer.

TEXAS (EN ESPAÑOL)
LIFE & HEALTH

**VIDA Y SALUD
TEXAS**

17097es

Published by ExamFX

7500 West 160th Street • Stilwell, Kansas • 66085 • USA

Copyright © 2012 ExamFX

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without written permission from the publisher, except for the inclusion of brief quotations in a review.

This book is designed to provide information about "Life and Health." Every effort has been made to make this book as complete and as accurate as possible, but no warranty or fitness is implied.

The information is provided on an "as is" basis. The author(s) and ExamFX shall have neither liability nor responsibility to any person or entity with respect to any loss or damages arising from the information contained in this book or from the disks or programs that may accompany it.

I. INTRODUCCION 1

- A.DESARROLLO DEL CURSO 1
- B.CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS 1
- C.CONSEJOS PARA ESTUDIAR 1
- D.CONSEJOS PARA TOMAR EL EXAMEN 2
- E.ACERCA DEL EXAMEN 2
- F.ANALISIS DE EXAMEN 4

11. LLENAR LA SOLICITUD, ASEGURAMIENTO, Y ENTREGA DE LA POLIZA 5

- A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE 5
- B. COMPLETANDO LA SOLICITUD 6
 - 1.Firmas Requeridas 7
 - 2.Cambios en la Solicitud 7
 - 3.Consecuencias de Solicitudes Incompletas 7
 - 4.Garantias y Mala Declaraciones 7
 - 5.Cobrando la Prima Initial y Emitiendo el Recibo 7
 - 6.Reemplazo 8
 - 7.Divulgaciones en el Punto de Venta 9
 - 8.Ley USA PATRIOT /Contra el Lavado de Dinero 10
- C. ASEGURAMIENTO 11
 - 1.Interes Asegurable 11
 - 2.Informacion Medica y Reportes del Consumidor 12
 - 3.Ley de Informes Imparciales de Credit° 12
 - 4.ClasificaciOn de Riesgo 13
 - 5.Seguros de Vida Iniciados por Desconocidos (STOLI) 14
 - 6.Seguros de Vida Iniciados por Inversores (IOLI) 14
- D. ENVIO DE POLIZA 15
 - 1.Cuando Empieza la Cobertura 15
 - 2.Explicando la Poliza y sus Provisiones, Clausulas Adicionales, Exclusiones, y Categorizaciones al Cliente 15

III. TIPOS DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA 17

- A. SEGURO DE VIDA DE TERMING 17
 - 1.Tipos de Cobertura de Termino 18
 - 2.Caracteristicas Especiales 21
 - B. SEGURO DE VIDA ENTERA (ORDINARIA) TRADICIONAL 21
 - 1.Vida Ordinaria o Directa 22
 - 2.Pago Limitada 23
 - 3.ima Única (Simple) 23
 - 4.Vida Ajustable 24
 - C. POLIZAS DE VIDA SENSIBLES A INTERESES Y MERCADO 24
 - 1.Vida Universal 24
 - 2.Vida Ordinaria Variable 26
 - 3.Vida Universal Variable 27
 - 4.Vida Ordinaria Sensible a Intereses 27
 - 5.Seguro de Vida de Capitales Indexados 27
 - D. PLANES COMBINADOS Y VARIACIONES 28
 - 1.Vida Mancomunada 28
 - 2.Vida de Sobreviviente (Segundo que Fallezca) 28
-

E. ANUALIDADES 28

- 1. Prima Simple, Flexible y Nivelada 30
- 2. Inmediata y Diferida 30
- 3. Fija y Variable 30
- 4. Indexada 31

IV. ENDOSOS, DISPOSICIONES, OPCIONES, Y EXCLUSIONES DE LAS POLIZAS 33

A. DISPOSICIONES DE POLIZA 33

- 1. Contrato Entero 34
- 2. Clausula de Seguro 34
- 3. Vistazo Gratis (Periodo de Revision) 34
- 4. Consideracion (Contraprestacion) 34
- 5. Derechos de Dueño 34
- 6. Asignaciones 35
- 7. Designaciones de Beneficiario 35
- 8. Pago de Prima 37
- 9. Reinstalacion 37
- 1. Incontestabilidad 37
- 2. Mala-declaración de Edad y Geller^o 38
- 3. Prestamos, Retiros, y Rescates Parciales de Poliza 38
- 4. Prestamos Automaticos de Prima 38
- 5. Exclusiones 38
- 6. Suicidio 39

B. ENDOSOS 39

- 1. Exoneracion (Renuncia) de Primas 39
- 2. Asegurabilidad Garantizada 40
- 3. Beneficio de Pagador 40
- 4. Muerte Accidental y/o Muerte Accidental y Perdida de Extremidades (Desmembramiento) 41
- 1. Endoso de Terminio 41
- 2. Cuidado a Largo Plazo 41
- 3. Otros Asegurados 42
- 4. Beneficios de Muerte Acelerados o Necesidades de Vida 42
- 5. Devolucion de Prima 43

C. OPCIONES DE LA POLIZA 43

- 1. Opciones de No Caducidad 43
- 2. Dividendos y Opciones de Dividendo 44
- 3. Opciones de Liquidacion 45

V. IMPUESTOS, JUBILACION, Y OTROS CONCEPTOS DE SEGUROS 48

A. TERCEROS DUEÑOS 48

B. SEGURO DE VIDA GRUPAL 49

- 1. Privilegio de Conversion 49
- 2. Contributiva vs. No Contributiva 50

C. PLANES DE JUBILACION 50

- 1. Planes Calificados y No Calificados 50
- 2. Cuentas Individuales de Jubilación (IRAs) 51
- 3. Planes Para Empleadores 51

D. NECESIDADES Y ANALISIS DE SEGUROS DE VIDA ADECUACIDAD 55

- 1. Necesidades Personales de Seguros 55
- 2. Necesidades de Seguros de Negocio 56

E. BENEFICIOS E IMPUESTOS DE SEGURIDAD SOCIAL	57
A. IMPUESTOS DE PRIMAS, GANANCIAS, Y DIVIDENDOS DE SEGURO	59
1. Seguro de Vida Individual	59
2. Seguro de Vida Grupal	61
3. Contratos Modificados de Vida e Inversiones (MECs)	61
VI. PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO DE CAMPO	63
A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES FUNDAMENT	63
B. LEY CONTRACTUAL	64
1. Elementos de un Contrato	64
2. Interes Asegurable	64
3. Garantías y Representaciones	65
4. Características Especiales de Contratos de Salud	65
C. LLENAR LA SOLICITUD Y OBTENER LAS FIRMAS NECESARIAS	65
D. EXPLICANDO LAS FUENTES DE INFORMACION DE ASEGURABILIDAD	66
1. Reporte del Médico que Atiende	66
2. Reportes de la Información Médica y de Consumidor	66
3. La Ley de Infamies Justos de Credit()	66
4. Reporte de Examen Médico	67
E. PAGO DE PRIMA INICIAL, RECIBO, Y CONSECUENCIAS DEL RECIBO	67
1. No Hay Prima Inicial con la Solicitud	68
F. ENVÍO DE LA SOLICITUD A LA COMPAÑÍA PARA EL ASEGURAMIENTO	68
G. ASEGURAR LA ENTREGA DE LA PÓLIZA Y LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL ASPIRANTE	68
H. EXPLICANDO LA PÓLIZA Y SUS PROVISIONES, ENDOSOS, EXCLUSIONES, Y CLASIFICACIONES AL CLIENTE	68
I. REEMPLAZO	68
VII. TIPOS DE PÓLIZAS DE SEGURO DE SALUD	70
A. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS	71
1. Pólizas Básicas Médicas, de Hospital, y de Cirugía	71
2. Pólizas para Gastos Médicos Mayores	72
3. Organizaciones de Mantenimiento de la Salud ("HMO")	73
4. Organizaciones de Proveedor Preferido (PPOs)	74
5. Planes de Punto-de-Servicio (POS)	75
6. Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	76
7. Cuentas de Reembolso de Gastos de Salud (HRAs)	77
8. Planes de Salud con Deducible Alto (HDHP)	77
9. Prevención de Pérdida	78
B. INGRESO POR DISCAPACIDAD	79
1. Póliza Individual de Ingreso por Discapacidad	79
2. Póliza de Gastos Administrativos Comerciales	81
3. Póliza de Compra de Interés Comercial por Discapacidad	82
4. Póliza Grupal de Ingreso por Discapacidad	82
5. Póliza de Empleado Clave / Socio	82
C. MUERTE ACCIDENTAL Y PÉRDIDA DE EXTREMIDADES (DESMEMBRAMIENTO)	83
D. CUIDADO A LARGO PLAZO	83
1. Niveles de Cuidado	84
2. Contratos LTC Individuales	85
3. Contratos LTC de Grupo Voluntarios	85
E. SEGURO GRUPAL	86
1. Conceptos Generales	86
2. Diferencias entre Contratos Individuales y Grupales	87
3. Conversión de Grupo	87

4. COBRA	87
1. HIPAA	88
F. PLANES DE BENEFICIOS LIMITADOS	90
1. Planes para Cancer/ Enfermedad Especifica	90
2. Planes para Enfermedades Criticas	90
3. Planes del Lugar de Trabajo (Patrocinados por el Empleador)	90
4. Planes de IndemnizaciOn de Hospitalization	90
5. Seguro de Gastos Dentales	90
6. Planes de Gastos de Vista	90
VIII. DISPOSICIONES, CLAUSULAS, Y ENDOSOS DE LAS POLIZAS DE SALUD	91
A. DISPOSICIONES OBLIGATORIAS	91
1. Contrato Entero	92
2. Periodo de Gracia	92
3. Reinstalacion	92
4. Cambia de Beneficiario	92
5. Notification de Reclarnacion	92
6. Fouuularios de Reclamation	93
7. Comprobante de Perdida	93
8. Momento del Pago de Reclamaciones	93
9. Pago de Reclamaciones	93
10.Examen Fisico y Autopsia	93
11.Limite de Tiempo para Ciertas Defensas (Incontestabilidad)	93
12.Acciones Legales	94
13.Edad Incorrecta	94
B. DISPOSICIONES OPCIONALES	94
1. Cambios de OcupaciOn	94
2. OcupaciOn Regal	94
C. OTRAS DISPOSICIONES Y CLAUSULAS	94
1. Clausula de Seguro	95
2. Vistazo Gratis (Periodo de RevisiOn)	95
3. Clausula de Contraprestacion	95
4. Periodo Probatorio	95
5. Periodo de EliminaciOn	95
6. Exoneration (Renuncia) de Prima	95
7. Condiciones Previamente Existentes	96
8. Discapacidad Recurrente	96
9. Coaseguro	96
10.Deducibles	96
11.Exclusions	97
12.Gastos Elegibles	98
13.Copagos	98
14.Requisitos para Autorizaciones y Aprobaciones Previas	98
15.Cargos Usuales, Razonables y Habituales (URC por sus siglas en ingles)	98
16.Limites Maximos de Beneficios Anuales, Por Cada Causa, o de Por Vida	98
D. ENDOSOS	99
1. Impedimento/ Exclusiones	99
2. Asegurabilidad Garantizacla	99
3. Indernnizacion Multiple (Doble, Triple)	99
E. DERECHOS DE RENOVACION	99
1. No Cancelable	100

2. Cancelable	100
1. RenovaciOn Garantizada	100
2. Renovacion Condicional	100
3. Renovacion Opcional	100
4. Periodo de Tiempo para la Renovacion	101
IX. SEGUROS SOCIALES 102	
A. MEDICARE 102	
1. Parte A	104
2. Parte B	107
3. Parte C	109
4. Parte D	109
5. Pagador Primario y Secundario	110
B. POLIZAS SUPLEMENTARIAS DE MEDICARE 110	
C. MEDICAID 113	
D. BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL 114	
X. OTROS CONCEPTOS DE SEGURO DE SALUD 117	
A. DERECHOS DE DUEÑO 117	
B. BENEFICIOS DE NIÑOS DEPENDIENTES 118	
C. BENEFICIARIOS PRIMARIOS Y CONTINGENTES 118	
D. MODALIDADES DE PAGOS DE PRIMA 118	
E. NO DUPLICACION Y COORDINACION DE BENEFICIOS 118	
F. OCUPACIONAL, VERSUS NO OCUPACIONAL 119	
G. TRATAMIENTO DE IMPUESTOS DE PREVIAS Y GANANCIAS DE CONTRATOS DE SEGURO 119	
1. Seguro de Salud Individual	119
2. Seguro de Salud Proveido por el Empleador	119
H. INCAPACIDAD TOTAL, PARCIAL Y RESIDUAL 121	
I. CUIDADO MANEJADO 122	
J. COMPENSACION AL TRABAJADOR 122	
1. Elegibilidad	122
2. Beneficios	122
K. SUBROGACION 122	
XI. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS COMUNES PARA LOS SEGUROS DE VIDA Y DE SALUD 123	
A. COMISIONADO DEL SEGUROS 123	
1. Poderes y Deberes Generales	123
2. Revision de Registros	124
3. Investigaciones, Avisos de Audiencia, y Penalidades	124
B. DEFINICIONES 126	
1. Transaccion de Seguro	126
2. Tipos de Aseguradores	126
3. Certificado de Autoridad	127
C. REQUISITOS DE LA LICENCIA 127	
1. Tipos de Licencias	127
2. Exenciones /Excepciones	128
3. Caducidad y RenovaciOn de Licencia	129
4. Educacion Continuada	130
5. Deriegacion, Terminacion, Vencimiento, y Suspension de la Licencia	131
6. Cita de un Agente	132
D. DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL AGENTE 132	
1. Compartimiento de Comisiones	132

Table of Contents

E. PRACTICAS DE MERCADEO 133

1.Practicas Comerciales Injustas y Prohibidas 133

2.Metodos y Practicas de Reclamaciones 134

XII. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS RELACIONADOS CON LOS SEGUROS DE VIDA SOLAMENTE 137

A. MERCADEO Y PROCURACION (SOLICITACION) 137

1.Publicidad 137

2.Ilustraciones 138

3.Metodos de Comparacion de Costo de Polizas de Seguros de Vida 140

B. DISPOSICIONES DE LA POLIZA 140

1.Pago de Reclamos 141

2.Acciones Legales 141

3.Arreglos Viaticos y Divulgaciones 141

C. VIDA DE GRUPO 142

1. Provisiones de Vida de Grupo 142

D. SEGURO DE VIDA DE CREDITO 142

E. LEY DE NO CADUCIDAD 143

XIII. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS RELACIONADOS CON LOS SEGUROS DE ACCIDENTE Y SALUD SOLAMENTE 144

A. DISPOSICIONES OBLIGATORIAS DE LAS POLIZAS 144

1.Cobertura para Recien Nacidos 144

2.Cobertura para Tratamiento de Drogas y Alcohol 144

B. REQUISITOS PARA LAS PRUEBAS DE SIDA 145

C. SUPLEMENTO DE MEDICARE 145

1. Normas Minimias y Cancelacion 145

D. CUIDADOS A LARGO PLAZO 146

1.Provision de RenovaciOn 146

2.Resumen de la Cobertura 146

E. SEGUROS DE SALUD PARA GRUPOS PEQUENOS 146

F. FONDO DE SEGUROS DE SALUD DE TEXAS 147

1. Plan de Salud para los Nirios de Texas 148

G. CERTIFICADO DE COBERTURA 148

XIV. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS RELACIONADOS CON LAS ORGANIZACIONES PARA MANTENIMIENTO DE LA SALUD ("HMO") 149

A. DEFINICIONES 149

1.Metodos de ParticipaciOn en los Gastos 150

2.Tipo de Beneficios 150

3.El Portero y la Red 150

B. PRUEBA DE COBERTURA 150

1. Certificado de Autoridad 51

C. No RENOVACION, CANCELACION, Y PRACTICAS PROHIBIDAS 151

D. INSCRIPCION 152

XV. GLOSARIO 153

I. INTRODUCCION

Gracias por elegir el ExamFX. A continuation se muestra information atil acerca del estudio y como pasar el examen real.

A.DESARROLLO DEL CURSO

Todos los materiales de estudio del programa *ExamFX* fueron creados solamente para su use mientras usted se prepara para pasar el examen estatal para obtener una licencia. Elaboramos nuestros productos basandonos en el contenido de los bosquejos de los exámenes publicados por nuestros proveedores de evaluations en cada estado. Nuestros expertos en la materia examinan los bosquejos y proporcionan informacIOn al día que educa al estudiante en una forma efieiente y los prepara para el examen. Trabajamos con los mejores instructores y especialistas en el area, que a su vez trabajan para compahlas de buena reputation, para asegurarnos que usted tenga acceso a un material de estudio exhaustivo y amplio. Nuestra meta principal es prepararlo para el examen y ayudarle a que usted comience su nueva carrera.

A.CARACTERISTICAS Y BENEFICIOS

Para asegurar su éxito aproveche los beneficios y las características de los productos del programa de *ExamFX*:

xCada introducciOn del capitulo explica los puntos principales que usted estudiara.

xLas preguntas de resumen ("Instantaneas") en su libro le proveen un vistazo a los conceptos importantes y le permiten usar una estrategia de lectura centrada en esos conceptos. Al contestar estas preguntas luego de que usted haya leído el capitulo le da la oportunidad de fijar la infonnacion en su mente.

xConsulteel analisisdel examenen la introductionparaver como cadacapitulo corresponde al examen actual
Cadacapitulotieneun ninnerode preguntas asignadaspor consiguiente es importante que usted administre bien su tiempo

xLa infounacion presentada en cada section esta basada en el contenido de los bosquejos proporcionados por su estado. Estos bosquejos exponen detalladamente los temas en los cuales usted sera evaluado en el examen estatal. Nuestro producto presenta solo la information que usted necesitard para estudiar para su examen: solo lo necesario (ni mas, ni menos).

C. CONSEJOS PARA ESTUDIAR

xSiempre tome notas. Esto le ayudara a comprometerse activamente en el proceso de aprendizaje y solidificar conceptos en su memoria.

xResponda a las preguntas al principio de cada capitulo de su guia de estudio primer() de su memoria, y luego confirme su respuesta en el texto.

xPrepara una hoja de referencia. Al estudiar una dificil section en el texto, escriba los puntos ma's importantes sobre el tema.

xSi esta luchando con algunos conceptos, ~~tome~~examen para este capitulo en el formato ~~de~~abierto."

Esto le obliga a buscar respuestas, analizar la informacIOn, y aplicar ese conocimiento. Una vez que tienen que trabajar para las respuestas, se recuerda y comprende
las preguntas y respuestas.

xTomese un deseanso. Si usted ha estado estudiando mucho, pero piensa que tiene problemas para recordar la information, tome un par de dias libres. Cuando vuelva, haga Simule Su Examen. Vuelva a alguna de las areas con que tiene problemas. Tome notas!

- x Si detecta que reconoce preguntas antes de leer todas las opciones de respuesta, es posible que haya memorizado. En este caso, no elige la respuesta correcta mecánicamente. En cambio, pregúntese por qué la respuesta es correcta.
- x Mantenga la información fresca en su mente: estudie hasta el día antes del examen.
- x Si tiene que tomar un largo descanso de su estudio, debe volver a iniciar el proceso de estudio. No asuma que usted va a mantener toda la información desde su estudio anterior. Es mejor retrasar el examen que tomarlo desprevenido.

D. CONSEJOS PARA TOMAR EL EXAMEN

- x Duerma bien. No estudie de más justo antes del examen. Llegue al centro de exámenes alerta y bien descansado.
- x Lea la tutoría del examen atentamente y asegúrese de seguir las instrucciones: los exámenes podrían estar divididos en partes separadas, una vez que haya completado una sección, tal vez usted no pueda volver atrás, ni siquiera para un repaso.
- x Relájese. Tome un respiro profundo y recuerde que es solo un examen. Si usted estudia, las respuestas correctas le vendrán.
- x Lea rápida y cuidadosamente cada pregunta y todas las respuestas posibles. No detenga mucho tiempo en una pregunta. Si usted se encuentra atrapado en una pregunta por demasiado tiempo, márquela en su computadora o en su libro para poder revisarla luego y prosiga con la siguiente pregunta. Tal vez algo que tenga que responder más tarde le despierte la memoria.
- x Lea la pregunta y todas las repuestas completamente antes de elegir su respuesta final. Sea seguro que entienda lo que está preguntando la pregunta. No permite los términos desconocedores que se confundan; la mayor parte del tiempo se utilizan solamente para dar ejemplos para distraerse. ¡Lea la pregunta otra vez si es necesario!
- x Elimine las respuestas que sabe que son incorrectas. Cada respuesta que elimina incrementa la posibilidad de elegir la respuesta correcta.
 - Vaya con su primera respuesta. Si ha estudiado a fondo, tendrá las respuestas. Vaya con su instinto innato y no complique de más la pregunta.
- x Ponga atención particular a las palabras claves que puedan cambiar el significado de la pregunta, tal como NO, TODO, EXCEPTO, TODOS, SIEMPRE, o NUNCA
 - Sepa que esperar. Todas las preguntas son de opción múltiple y *usualmente* caben dentro de uno de los siguientes tipos: preguntas directas, frases incompletas, o "todo lo siguiente EXCEPTO".
- x Recuerde que un poco de ansiedad es (Buena para usted! La mayoría de la gente desempeña mejor bajo presión.

E. ACERCA DEL EXAMEN

Antes de que tome el examen estatal, necesitará prepararse no solo estudiando el material sino también familiarizándose con el procedimiento para rendir el examen y el ambiente.

El manual de un candidato o el boletín informativo de su estado proporcionan información clave sobre procedimientos específicos para rendir exámenes, incluyendo como planear o volver a programar su examen, los tipos de identificación que usted necesitará, con cuánto tiempo de anticipación usted deberá llegar al sitio del examen, y lo que no podrá llevar al mismo. Leer esta información es una parte integral de la preparación para el examen. Casi todos los estados proveen información al respecto ya sea a través de la página Web del Departamento de Seguros o a través del proveedor de exámenes.

Aquí tiene más información que debe saber sobre el procedimiento para rendir el examen:

SOBRE EL EXAMEN	• Evalúe su conocimiento al nivel de principiante. Incluye preguntas sobre la información básica sobre una amplia variedad de conceptos y leyes. Este programa cubre todos estos temas. • Las preguntas en el examen están diseñadas para evaluar su entendimiento básico y retención del material; las mismas no tratan de hacerle trampa. Lea las preguntas cuidadosamente sin buscar un doble sentido.
EN EL SITIO DE EVALUACIÓN	• Repase el manual del candidato, el boletín informativo, o vaya al sitio de evaluación para verificar los tipos de identificación específicos que se requieren para ser admitido a su examen estatal. • Llegue por lo menos 30 minutos antes de la hora de su examen. • Deje sus pertenencias en el auto. La mayoría de los sitios de evaluación no permitirán que los candidatos ingresen sus pertenencias (teléfonos celulares, agendas electrónicas, cuadernos, guías de estudio, sombreros/gorras, relojes, etc.) al sitio del examen. Algunos sitios proporcionan casilleros. • Recuerde que no se permiten bebidas, comida o goma de mascar. • Regístrese en la mesa de recepción. • Al llegar a su pupitre, pongase cómodo: ajuste su silla y su monitor como desee. • Antes de que el examen computarizado comience, usted tendrá la oportunidad de tomar una guía autodidáctica que le ayudará a aprender el sistema específico que se usa para ese examen. Tómese el tiempo para aprender cómo marcar y repasar las respuestas. • Bloquee el resto del mundo. Otras personas que toman el examen podrían entrar o salir mientras usted esté completando su examen. Enfóquese en lo que está haciendo y no deje que lo que sucede a su alrededor le distraiga.
AL TOMAR EL EXAMEN	• La mayoría de los sitios de evaluación le proporcionan a los candidatos papel borrador y un lápiz. Luego que comience el examen escriba cualquier número o información que usted pueda llegar a necesitar para no olvidarse de la misma durante el examen. • Mientras está tomando el examen, escriba notas en las preguntas más difíciles para acordarse lo que debe chequear durante el repaso. • Durante el examen, preste atención a las preguntas que usted haya marcado y vuelva a leer el resto de las preguntas para asegurarse que no haya pasado por alto un concepto familiar o una palabra que cambia lo que dice la pregunta.

F. ANALISIS DE EXAMEN

Un Desglose del Examen se debe utilizar para considerar donde enfocar to tiempo valioso del estudio. Cada examen se carga por el capital°, por lo tanto concentration de tus esfuerzos to beneficiary al tomar el examen real.



Examen de Texas para Agentes de Seguros de Vida, Accidente y Salud
150 Preguntas (125 anotadas; 25 sin puntaje - "pretest")

Capitulo	Porcentaje del Examen
Llenar la Solicitud, Aseguramiento, y Entrega de la POLiza	9%
Tipos de POLizas de Seguro de Vida	10%
Endosos, Disposiciones, Opciones, y Exclusiones de las Polizas	15%
Impuestos, Jubilation, y Otros Conceptos de Seguros	6%
Procedimientos de Aseguramiento de Campo	7%
Tipos de Polizas de Segura de Salud	12%
Disposiciones, Clausulas, y Endosos de las Polizas de Salud	16%
Seguros Sociales	2%
Otros Conceptos de Seguros de Salud	3%
Estatutos y Reglas de Texas Comunes para los Seguros de Vida y de Salud	10%
Estatutos y Reglas de Texas Relacionadoes con los Seguros de Vida Solamente	4%
Estatutos y Reglas de Texas Relacionadoes con los Seguros de Accidente y Salud Solamente	4 ⁰ /0
Estatutos y Reglas de Texas Relacionadoes con las Organizaciones para Mantenimiento de la Salud ("HMO" por sus siglas en ingles)	2 ⁰ /0

II. LLENAR LA SOLICITUD, ASEGURAMIENTO, Y ENTREGA DE LA POLIZA



En este capítulo mirara la responsabilidad principal del productor en seguro que tramita: termination de la solicitud y entrega de la pOliza. La suscripción exacta depende de una solicitud que sea completo y representante de los riesgos potenciales de los asegurados anticipados. Este capítulo discutira los pasos específicos del proceso de solicitud, tales como el documento si mismo, la información medica observaciones del productor sobre el riesgo potencial del aspirante a la compañía de seguros. cuando es necesario, y las



in5TanTanea5

Las ingranTenee e tar diseñadas para gularte al principio; de cede cepitulo y derle un vistazo breve acerca de la informaciOn ante usted. Lea las InM'arraneag• antes de cede capxtuio para toner una idea ma's complete/

- 1.1, Que es un seguro?
- 2.1, Que information se recoge en las partes 1 y 2 de la solicitud?
- 3.1, Cual es el proposito del informe del agente?
- 4.1, s, quien se le requiere firmar la solicitud?
- 5.1, Que significa el termino "representation" y corm se difiere de garantias?
- 6.1, Cuando entra en vigor una Ohza de seguro?
- 7.1, En que punto empieza la cobertura cuando un agente emite un recibo condicional?
- 8.1, Que es proceso de suscripci6n (aseguramiento)?
- 9.1, En una pOliza de seguro de vida, Lcuando debe existir un interes asegurable?
- 10.1, Cue es una declaration de medico de cabecera y cuando es necesario?
- 11.1, Corno puede una compailia de seguro usar la information que obtiene de la Agencia de Information Modica, (MIB por sus siglas en ingles)?
- 12.1, Cual es el proposito de la Ley de Informes Justos de Credito?
- 13.1, Cual es la diferencia entre un informe del consumidor y un informe investigativo del consumidor?
- 14.1, Como se diferencia una poliza inferior al nivel normal de una poliza estandar?
- 15.4, Cuando se considera que se ha entregado la poliza?
- 16.1, Cuando el asegurado debera firmar una declaration de buena salud?



Vea e n dOnde dedicar scu vaaoso tiempo de estudio! Revise sgtose de Examen ai pricipio de este libro para ver porcentaie del examen conforma cad Capituio.

A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE

El seguro transfiere el riesgo de perdida potencial de una persona o una empresa a una compafiia de seguros, que altemamente separa los costos de perdidas inesperadas a muchos individuos. Si no hubiera un mecanismo de seguro, el costo de una perdida tendria que ser llevado solamente por el individuo desafortunado que sufrio la perdida.

Agente/Productor una persona que actua por otra persona o entidad conocida como principal con respecto a arreglos contractuales con los terceros; el representante legal de una compailia de seguros.

Llertar la Solicitud, Aseguramiento, y Entrega de la Poliza

Contrato de Agente / Agencia — un contrato entre el asegurador y el agente/productor el cual contiene la autoridad expresa dada al agente/productor, describiendo los deberes y las responsabilidades hacia el principal. Si el agente viola el contrato de agencia (o acuerdo), puede ser personalmente responsable hacia el asegurador por romper el contrato.

El aspirante o el asegurado propuesto — es una persona que solicita o busca seguro de un asegurador.

Beneficiario — la persona que recibe los beneficios de la poliza de seguro.

Beneficio por Muerte (cantidad nominal/valor suscrito/cobertura) — la cantidad pagada cuando un reclamo se emite en contra de una poliza de seguro.

Poliza de Seguro un contrato entre un dueño de poliza (y/o un asegurado) y una compañía de seguros la cual acuerda pagarle al asegurado o al beneficiario por la pérdida de eventos específicos.

Asegurado — la persona cubierta por la poliza de seguro quien puede o no puede ser el aspirante o el asegurado.

Asegurador (principal) — la compañía que emite una poliza de seguro.

Seguro de Vida — un contrato sobre la vida de una persona, y concediendo, comprando a disponiendo de anualidades.

Dueño de Poliza — la persona que tiene el derecho de ejercer los derechos y privilegios en la poliza y que puede o no tiene que ser el asegurado.

Prima — el dinero pagado a la compañía de seguros por la poliza de seguro.

B. COMPLETANDO LA SOLICITUD

Es la responsabilidad del agente asegurarse que la solicitud se llene completamente, correctamente, y al mejor juicio del solicitante. El agente debe investigar más allá de las preguntas indicadas en la solicitud si es que tiene alguna razón para creer que el aspirante está falsificando o encubriendo información, o no entiende las preguntas específicas hechas. Cualquier información que sea engañosa, inexacta o ilegible puede retrasar la emisión de la poliza. Si el agente siente que podría haber una cierta mala-representación, debe informar a la compañía de seguros. Algunos aseguradores requieren que el aspirante termine la solicitud bajo la supervisión del agente, mientras que otros aseguradores requieren que el agente termine la solicitud para ayudar a evitar errores y preguntas sin contestar.

La solicitud es el punto de partida y recurso básico de información usada por la compañía en el proceso de selección de riesgo. Aunque las solicitudes pueden diferir por compañía de seguros, todos tienen los mismos componentes básicos: Parte 1 - Información general, y Parte 2 - Información Médica.

La Parte 1. Información General de la solicitud incluye las preguntas generales sobre el aspirante, incluyendo nombre, edad, dirección, fecha de nacimiento, género, ingresos, estado civil, y ocupación. También investigará sobre las pólizas existentes y si el seguro propuesto las sustituirá. Generalmente la Parte 1 identifica el tipo de póliza aplicada y el monto de la cobertura, y contiene la información referente al beneficiario.

La Parte 2 - Información Médica de la solicitud incluye la información sobre la anticipación del perfil médico del asegurado, la salud actual, cualquier visita médica en años recientes, el estado médico de parientes vivos, y causas de la muerte de parientes difuntos. Si la cantidad de seguro es relativamente baja, el agente y el asegurado propuesto completarán toda la información. Eso sería considerado una solicitud *no médica*. Para cantidades mayores, el asegurador generalmente requerirá un examen médico por un profesional.

El informe del agente (productor) proporciona las observaciones personales del agente sobre el asegurado propuesto. Como un suscriptor de campo, el agente se puede considerar la fuente más

importante de la informacion disponible para el suscriptor. El informe del agente no se hace parte del contrato, pero es parte del proceso de solicitud.

1.FIRMAS REQUERIDAS

El agente y el aspirante (generalmente un asegurado propuesto) deben firmar la solicitud. Si el aspirante a seguro y el dueño de la póliza no son la misma persona, tal como un negocio comprando seguro sobre un empleado, entonces el dueño de la póliza debe también firmar la solicitud. Una excepción a un asegurado propuesto que firme la solicitud sería en el caso de un adulto, tal como un padre o un guardian, solicitando para el seguro sobre un niño menor de edad.

1.CAMBIOS EN LA SOLICITUD

Cuando la respuesta a una pregunta en la solicitud necesita ser corregida, los agentes tienen la opción, dependiendo del asegurador al que representan, de corregir la información y obtener las iniciales del aspirante en el cambio, o de completar una nueva solicitud. Un agente nunca debe borrar o utilizar corrector "white-out" en una solicitud de seguro.

1.CONSECUENCIAS DE SOLICITUDES INCOMPLETAS

Cualquier pregunta sin contestar necesita ser contestada antes de que se publique la póliza. Si una póliza se publica con preguntas sin respuesta, el contrato será interpretado como si el asegurador renunciara a su derecho a tener una respuesta a la pregunta. Serían despojados más adelante de cualquier derecho a negar cobertura basándose en cualquier información que la pregunta sin respuesta pudiera haber desarrollado.

1.GARANTIAS Y MALA DECLARACIONES

Una garantía es una declaración absolutamente verdadera de la cual depende la validez de la póliza de seguro. La abertura de garantías puede resultar en la anulación de la póliza o una devolución de la prima. Debido a tal definición terminante, las declaraciones hechas por los aspirantes para las pólizas de seguro de vida y salud no se consideran las garantías, excepto en casos del fraude.

Las representaciones son declaraciones creídas ser verdades al mejor conocimiento de uno, pero no están garantizadas ser verdades. Para los propósitos del seguro, las declaraciones verídicas son las respuestas que el asegurado da cuando responde a las preguntas en la solicitud de seguro.

Declaraciones falsas en la solicitud son consideradas las representaciones inexactas o malas declaraciones, y pueden anular el contrato. Una mala declaración material es una declaración que, si se descubre, se altera la decisión del aseguramiento de la compañía de seguros. Además, si las malas declaraciones son intencionales se consideran un fraude.

1.COBRANDO LA PRIMA INICIAL Y EMITIENDO EL RECIBO

La mayoría de los agentes procuran cobrar la prima inicial y someterla junto con la solicitud al asegurador. Además, cobrar la prima inicial al momento de solicitud aumenta la posibilidad de que el aspirante acepte la póliza una vez emitida. Cada vez que el agente colecta una prima, debe emitir un **recibo de prima**. El tipo de recibo emitido determinará cuando la cobertura será efectiva. El tipo más común de recibo que se usa es el recibo condicional. La póliza puede ser eficaz tan pronto como la fecha de la solicitud, si la prima se presenta con la solicitud y la póliza se emite en la clasificación para el que fue solicitado.

•El recibo condicional dice que la cobertura será efectiva ya sea en la fecha de la aplicación o la fecha del examen médico, lo que ocurra último, a menos que la cobertura es denegada, o emitida con las enmiendas con exclusión de la cobertura específica. Con un recibo condicional, el seguro cubre al aspirante en la fecha de la aplicación asumiendo que el asegurador posteriormente determine la asegurabilidad del aspirante como se aplica).

•Ejemplo práctico :

•Si un agente cobra la prima inicial de un aspirante y da al aspirante un recibo condicional, y el aspirante muere el día siguiente, el proceso de escrituración comenzará y continuará como si el aspirante todavía estuviera vivo. Si el asegurador termina por aprobar la cobertura, entonces el beneficiario del aspirante recibiría los beneficios de muerte que la póliza habría proporcionado. Si, por otra parte, el asegurador determina que el aspirante no era un riesgo aceptable y declina la cobertura, entonces será como si el aspirante nunca hubiese estado cubierto y no se requiere al asegurador pagar el beneficio de muerte.

•6. REEMPLAZO

•Reemplazo significa cualquier transacción en la cual se compra un nuevo seguro de vida o nueva anualidad y es del conocimiento (o debe hacerse del conocimiento) del productor propuesto que por motivos de esta transacción, cualquier seguro de vida o anualidad actual se considera cualquiera de los siguientes:

- x Caducado, renunciado, entregado, o de otra manera terminado.
- x Re-emitido con cualquier reducción en el valor en efectivo.
- x Convertido a seguro pagado reducido, continuado como seguro de término extendido o de otra forma reducido en valor por el uso de los beneficios de sin riesgo de pérdida o de otros valores de póliza.
- x Enmendado para afectar ya sea una reducción en los beneficios o en el término para el cual de otra forma seguiría habiendo cobertura en vigor o para que los beneficios sean pagados.
- x Prometido como colateral o sujeto a préstamo, ya sea en un solo préstamo o bajo horario de prestación durante un período de tiempo en el agregado que exceda el 125% del valor de préstamo dispuesto en la póliza.
- x Usado en una compra financiada.

•Asegurador que substituye es una compañía que emite la nueva póliza.

•Asegurador existente es la compañía cuya póliza está siendo reemplazada.

•Cada agente / productor que inicie la solicitud debe someter la siguiente información a la compañía de seguros con o como parte de cada solicitud:

- x Una declaración firmada por el aspirante determinando si el reemplazo del seguro de vida o anualidad existente está implicado en la transacción.
- x Una declaración firmada determinando si el productor sabe si el reemplazo es o puede estar implicado en la transacción.

•El agente / productor debe hacer lo siguiente:

- Presentar al aspirante un Aviso Concerniente al Reemplazo que este firmado por ambos el aspirante y el productor, y una copia se debe dejar con el aspirante .
- x Obtener una lista de todos los seguros de vida y/o pólizas de anualidad existentes que se sustituirán incluyendo números de pólizas y los nombres de todas las compañías que serán sustituidas.

- x Dejar al aspirante con el original o una copia de las comunicaciones escritas o impresas usadas para la presentation al aspirante.
- x Someter a la compaia de seguros que sustituye, con la solicitud, una copia del aviso del reemplazo.

La compaia de seguros que sustituye debe hater lo siguiente:

- x Requerir del productor una lista del seguro de vida del aspirante o de los contratos de anualidad que se substituiran y una copia del aviso del reemplazo proporcionado al aspirante. Enviar a cada compafila de seguros existente una comunicacion por escrito informando de la propuesta de reemplazo dentro de un periodo de tiempo especificado de la fecha en que la solicitud se haya recibido en la oficina regional o central de la comparia de seguros que substituye. Tambien debe incluirse un resumen de la peliza o un estado de cuenta que contenga datos de la peliza sobre el seguro de vida o anualidad propuesto.

7. DIVULGACIONES EN EL PUNTO DE VENTA

Cada aspirante para una poliza de seguro de vida debe ser dado una declaration escrita del acceso que proporcione la information basica sobre el coste y la cobertura del seguro que es solicitado. Esta declaration del acceso se da al aspirante no mas adelante que el uso para el seguro se firma. Divulgaciones les ayudaran a los aspirantes a tomar decisiones mas informadas y educadas sobre su election de seguro.

Cuando un asegurador planea buscar y utilizar information de investigadores, deben primero proveer al aspirante/asegurado con una Notification de Divulgacion Autorizada por escrito. Esta notification indica las practicas del asegurador concernientes a cobros y uso de information personal. La notification de divulgacion debe ser escrito en un lenguaje sencillo, y debe ser aprobado por el jefe del Departamento de Seguros.

Los exámenes medicos, cuando son requeridas por la compafila de seguros, son conducidas por los medicos o paramedicos a costas de la compaia de seguro. Tales exámenes no se requieren generalmente con respecto a seguro medico, asi recalando la importancia de que el agente archive la information medica en la aplicacion. El requisito del examen medico es mas comim que en el aseguramiento del seguro de vida. Si un asegurador pide un examen medico, el asegurador es responsable por los costos del examen.

Recientemente, los aseguradores han implementado la prueba de VIH para determinar si un aspirante de seguro ha adquirido el Sindrome de Inmunodeficiencia (SIDA). Es comun entre aseguradores requerir una prueba del VIH cuando un aspirante esta solicitando una gran cantidad de cobertura (generalmente \$50,000 o mas). Las regulaciones del estado han dispuesto las reglas y las pautas siguientes para los aseguradores al requerir que un aspirante se someta a una prueba del VIH:

- x El asegurador debe revelar el uso de la prueba al aspirante y obtener consentimiento por escrito del aspirante;
- x La prueba se debe administrar de una manera que se adhiera al protocolo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.;
- x El asegurador debe divulgar los resultados de la prueba segim lo autorizado por el aspirante por escrito;
- x Si el aspirante no ha identificado a un medico para que reciba el resultado de la prueba, los resultados positivos y la identidad del aspirante deben ser remitidos al Departamento de Salud del estado;
- x El informe de los resultados de la prueba debe ineluir el nombre y la direccion de la compaiia que hate el reporte.

•8. LEY USA PATRIOT /CONTRA EL LAVADO DE DINERO

•A raíz de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, el Congreso paso la ley para unir y fortalecer a los Estados Unidos por medio de la provision de los medios apropiados que se requieren para interceptar y obstaculizar el terrorismo (USA PATRIOT por sus siglas en ingles). Esta legislaciOn hizo posible una evaluaciOn radical de la seguridad nacional, abordando varias iniciativas sociales, economicas y mundiales para prevenir y luchar contra actividades terroristas.

•Desde su promulgaciOn, la cual se neva a cabo el 26 de octubre de 2001, la Red Contra los Delitos Financieros (FinCEN por sus siglas en ingles) ha requerido que bancos, corredores operadores de balsa y otras varias instituciones financieras establezcan nuevos estandares **contra el lavado de dinero** (AML por sus siglas en ingles).

•Paracumplir con los objetivosde la Ley, FinCEN ha implementadun programacontrael lavadode dineroque requiereel rnonitoreode todaslas transaccionesfinancieras y la notification al gobierno de cualquieractividad sospechosajunto con la prohibition de cuentasde corresponsaliason bancos pantallasextranjeros Tambien,cabemencionarla puestaen marchade un procedimientoexhaustivo para la identificaciOne investigaciOnde los clientes El programacontrael lavado de dinero (AML) consisteen los siguientesrequisitosminimos

- x Asimilar polizas, procedimientos y controles internos que se basen en una evaluacion deriesgos internos que incluyan:
 - o Instituir programasAML similares abancos y prestamistas de valores; y
 - o Presentar infamies de actividades sospechosas ("Suspicious Activity Report" SAR, por sus siglas en ingles) a las autoridades federales
- x Nombrar a un funcionario de acatamiento cualificado que sea responsable de administrar el programa de AML;
- x Capacitation continua para empleados, productores y otros en cuestiOn; y
- x Periodicamente permitir una evaluacion independiente del programa.

•REGLAS PARA LOS INFORMES DE ACTIVIDADES SOSPECHOSAS ("SUSPICIOUS ACTIVITY REPORTS - SARs")

•Cualquier compafia que este sujeta al programa de AML tambien esta sujeta a las reglas de SAR. Las reglas de SAR declaran que los procedimientos y planes deben estar establecidos y disetiados para identificar una actividad sospechosa de lavado de dinero, financiamiento del terrorismo o/y otras actividades ilegales. Depositos, extracciones, transferencias u otras transacciones de negocios que involucren \$5,000 o mas deben ser reportados si la compaffa financiera o el asegurador sabe, sospecha o tiene motivo para sospechar que la transaccion:

- No tiene ningUn proposito de negocios o legal;
- x Se obtiene para tergiversar otras restricciones de informes;
- x Utiliza a la institution financiera o al asegurador para fomentar una actividad criminal;
- x Se obtiene al utilizar fondos fraudulentos de actividades ilegales; o
- x Tienen el proposito de enmascarar fondos de otras actividades ilegales.

•Algunas sefiales de alerta a tener en cuenta en lo que a actividad sospechosa se refiere:

- x El cliente usa una identificacion falsa;
- x Dos o mas clientes usan identificaciones similares;
- x El cliente cambia una transaction luego de enterarse que debe presentar una identificacion;

- x El cliente hace transacciones que están por debajo de las cantidades que requieren documentación presentada de informes;
- x Dos o más clientes, al tratar de evadir los requisitos de la Ley del Secreto Bancario (BSA por sus siglas en inglés), aparentan estar trabajando juntos para dividir una transacción en dos o más transacciones; y
- x El cliente, al tratar de evadir los requisitos de la Ley del Secreto Bancario (BSA por sus siglas en inglés), recurre a dos o más entidades de servicios financieros (MSB por sus siglas en inglés) o cajeros en el mismo día para poder dividir una transacción en transacciones más pequeñas.

Los informes de actividades sospechosas (SAR) deben ser presentados dentro de los 30 días de su descubrimiento. La presentación del informe se lleva a cabo en el formulario 108 de FinCEN.

C. ASEGURAMIENTO

Suscripción es el proceso de selección del riesgo. Aunque el productor se considera el suscriptor de primera línea, después de que se termine la solicitud, se envía a la oficina central de la compañía de seguros en donde los suscriptores de la compañía tienen la opinión final en cuanto a la aceptabilidad del aspirante. Las responsabilidades de los suscriptores incluyen seleccionar solamente esos riesgos que se consideren asegurable y cumplen con las suscripciones estándares de selección de la compañía. Son responsables de proteger al asegurador contra la selección adversa (los riesgos que son más propensos a sufrir una pérdida).

El criterio principal que un suscriptor utilizará para asesorar la "deseabilidad" de un candidato a un seguro de vida incluye: la salud del aspirante (actual y anterior), ocupación, estilo de vida, y los pasatiempos o hábitos. El suscriptor utilizará muchas diversas fuentes de información para determinar la asegurabilidad del riesgo individuo. Algunas de las fuentes más comunes de la información se discuten abajo.

Suscripción es el proceso de selección y clasificación del riesgo. Implica el análisis cuidadoso de diversos factores para determinar la aceptabilidad de los aspirantes para el seguro. Es decir, la suscripción es el proceso en el cual una compañía de seguros determina si un aspirante en particular es asegurable o no, y si lo es que prima se le va a cobrar.

El agente es la línea de frente del asegurador y se le refiere como el suscriptor de campo por que usualmente es quien ha solicitado al asegurado potencial. Como suscriptor de campo, el agente tiene muchas responsabilidades importantes, incluyendo las siguientes:

- x Ayudar prevenir la selección adversa;
- x Solicitar apropiadamente a los aspirantes;
- x Completar la solicitud;
- x Obtener las firmas requeridas;
- x Cobrar la prima inicial y emitir el recibo, si es aplicable;
- x Entregar la póliza.

1. INTERÉS ASEGURABLE

Para comprar seguro, el dueño de la póliza debe enfrentar la posibilidad de perder dinero o algo de

valor en el acontecimiento de la pérdida. Esto se llama *interés asegurable*. En el seguro de vida, el interés asegurable debe existir entre el dueño de la póliza y el asegurado al momento de la solicitud; sin embargo, una vez se ha emitido una póliza de seguro de vida, el asegurador debe pagar

• Llenar la Solicitud, Aseguramiento, y Entrega de la Poliza

• el beneficio de la poliza, sea que un interes asegurable exista o no. Los tres factores que pueden determinar el interes asegurable por el dueño de la póliza son:

- x Asegurando su propia vida;
- x Asegurando la vida de un miembro de su familia (cónyuge o familiar);
- x Asegurando la vida de un socio de negocio, de un empleado dominante, o alguien que tiene una obligación financiera a ellos.

• 2. INFORMACION MEDICA Y REPORTES DEL CONSUMIDOR

• Para los aspirantes de cantidades altas de cobertura, o si la aplicación plantea preguntas adicionales referentes a la salud del asegurado prospecto, el asegurador puede requerir un examen médico como información adicional. Dependiendo de la razón del examen médico, hay dos opciones:

1. El asegurador puede solicitar solamente un informe paramédico que sea llenado por un paramédico o una enfermera registrada;
2. El asegurador puede requerir la declaración del médico de cabecera que haya tratado al aspirante por un problema médico anterior.

• Además del informe paramédico y la declaración del médico de cabecera, el asegurador se suele solicitar un informe de la Agenda de Información Médica (MIS en inglés: "Medical Information Bureau").

• La MIB es una corporación de miembros, y es propiedad de cientos de compañías de seguros. Es decir, los aseguradores son los miembros del MIS. Es una organización comercial no lucrativa que recibe la información médica adversa de las diferentes compañías de seguros y mantiene confidencial la información médica de la incapacidad severa sobre individuos. Es un método sistemático para que las compañías comparen la información que han recogido sobre un asegurado potencial con la información que otros aseguradores pudieron haber descubierto. El MIB debe ser utilizado solamente como asistencia para que los aseguradores determinen que áreas de incapacidad severa puede ser que necesiten de más investigación. Un cliente no puede ser rechazado simplemente debido a cierta información adversa descubierta a través del MIB.

• Para suplementar la información en la solicitud, el suscriptor puede ordenar un informe investigativo sobre el aspirante de una compañía independiente de investigación o de una institución de crédito, la que cubre información financiera y de conducta moral. Estos son reportes generales de las finanzas del aspirante, su cónyuge, trabajo, pasatiempos, y hábitos. Las compañías que usan reportes de crédito están sujetas a regulaciones y reglamentos del Decreto de Reporte de Crédito Justo.

1. LEY DE INFORMES IMPARCIALES DE CREDITO

• La Ley de Informes Imparciales de Crédito() estableció los procedimientos que las agencias de divulgación de Crédito deben seguir para asegurar que los datos sean confidenciales, precisos, relevantes, y usados apropiadamente. La ley también protege al consumidor en contra de la circulación de información inexacta u obsoleta.

• La aceptabilidad de un riesgo es determinada comprobando el riesgo individual contra muchos factores relacionados directamente con el potencial del riesgo para saber si hay pérdida. Además de estos factores, un suscriptor solicitará a veces la información adicional sobre un riesgo en particular de una fuente exterior. Estos informes generalmente caen dentro de 2 categorías: Reportes del Consumidor y Reportes Investigativos del Consumidor. Los reportes del consumidor y los reportes

investigativos se pueden utilizar solamente por alguien con un proposito legitimo de negocio, incluyendo suscribir al seguro, investigation de empleo, y operaciones de credit°.

Los informes del consumidor incluyen la information escrita y/o oral concerniente al credit°, caracter, reputation, o habitos de un consumidor recaudados por una agencia de reporte de expedientes de empleo, de informes de credit°, y de otras fuentes pnblicas.

Los informes investigativos del consumidor son similares a los informes del consumidor en el aspecto que tambien proporcionan la information del catheter, reputaciOn, y habitos del consumidor. La principal diferencia es que la information se obtiene a traves de una investigation y entrevistas con los asociados, amigos y vecinos del consumidor. En contraste a los reportes del consumidor, estos informes no pueden ser hechos a menos que se notifique al consumidor por escrito sobre el informe en un plazo de 3 dias a partir de la fecha en que el informe fue solicitado. El consumidor debe ser notificado de su derecho a solicitar la information adicional referente al informe, y el asegurador o la agencia de divulgacion tiene 5 dias para proveer al consumidor la information adicional.

Las agencias de divulgacion tanto como los usuarios de la information estan sujetas a la action civil por la falta a las disposiciones del Decreto de Reporte Justo de Credit°. Una persona que a sabiendas obtiene information sobre un consumidor de una agencia de informaciOn con el pretexto de fraude puede ser tambien encarcelado por hasta 2 afios.

Una persona que viola el Decreto de Reporte Justo de Credit° sin saberlo, es responsable por el importe equivalente a la perdida del consumidor, asi como los honorarios de abogado razonables incurridos en el proceso.

Una persona que intencionalmente viole la ley lo suficiente como constituir un modelo o practica general de negocios estard sujeta a una pena de hasta \$2,500.

Bajo el Decreto de Reporte Justo de Credit°, si una Ohm de seguro es negada o se modifica debido a la information contenida en reporte del consumidor o investigativo, el consumidor debe ser notificado y se le debe proveer el nombre y la direction de la Agencia de Reporte. El consumidor tiene el derecho de saber que habia en el reporte. El consumidor tambien tiene el derecho de saber la identidad de cualquier persona que ha recibido una copia del informe durante el Ultimo alio. Si el consumidor desafia cualquier information en el reporte, se le requiere a la agencia de divulgacion investigar de nuevo y enmendar el infon-ne, si se justifica. Si un informe se encuentra ser inexacto y se con-ige, la agencia debe enviar la informaciOn corregida a todas las partes a quienes habian divulgado la information inexacta en el plazo de los 2 ultimos atios.

Los reportes del consumidor no pueden contener ciertos tipos de information si el reporte se requiere en conexiOn a una pOliza de seguro de vida o una transaction de credit° de menos de \$150,000. La information prohibida incluye bancarrotas que tengan mas de 10 afios, o demandas legales que tengan mas de 7 afios. Segnn la Ley, la *information negativá* incluye informaci6n sobre la morosidad de los clientes, retrasos en los pagos, insolvencia o cualquier otra forma de incumplimiento.

4. CLASIFICACION DE RIESGO

Al clasificar un riesgo, el departamento de suscripcion de la Oficina Central mirard el historial medico del aspirante, la condition fisica actual, la ocupaciOn, habitos y su moralidad. Si el aspirante es aceptable, el suscriptor debe entonces determinar la clasificacion del riesgo o el grado de clasificacion ~~que~~ se utilizara en decidir si el aspirante debe pagar una prima mas alta o mas baja. Un

• Llenar la Solicitud, Aseguramiento, y Entrega de la Poliza

- asegurado prospecto puede ser clasificado como una de las tres clasificaciones: estandar, subestandar, o preferido.
- Un riesgo estandar es una persona que, segun las suscripciones estandares de la compafia, tiene derecho a la proteccion de seguro sin el grado adicional o restricciones especiales. Un riesgo estandar es alguien que representa a la mayoria de la gente de su edad con estilos de vida similares. Son los riesgos promedios.
- Los aspirantes de nivel de riesgo subestandar (de alta exposicion) no son aceptables a las tarifas normales debido a condiciones fisicas, antecedentes familiares o personales de enfermedad, ocupacion, o habitos peligrosos. Estas polizas tambien se le refieren como "clasificadas" ("rated" en ingles) porque podrian ser emitidos con una prima clasificada para arriba o mas alta.
- Los riesgos preferidos son esos individuos que llenan ciertos requisitos y califican para primas mas bajas que las del riesgo estandar. Estos aspirantes tienen una condicion fisica, estilo de vida y habitos superiores.
- A los aspirantes que se rechazan se les consideran riesgos declinados. Riesgos que los aseguradores estiman como no asegurables no se aceptan. *Por ejemplo*, un riesgo podria ser declinado para una de las siguientes razones
 - x No hay interes asegurable;
 - x El potencial de perdida es tan grande que no cumple con la definicion de asegurable;
 - x El seguro esta prohibido por cualquier politica publica o es ilegal.

5. SEGUROS DE VIDA INICIADOS POR DESCONOCIDOS (STOLI)

- Seguros de vida iniciados por desconocidos (Stranger-originated Life Insurance - STOLI en ingles) es un mecanismo de seguro de vida en la que una persona sin relacion con el asegurado (un "extralio") adquiere una poliza de vida en la vida del asegurado, con la intencion de vender la poliza a un inversionista y se beneficiar economicamente cuando el asegurado muere. Es decir, STOLIs son financiados y comprados exclusivamente con la intencion de venderlos por la liquidacion de seguros de vida.
- STOLIs violan el principio del interes asegurable, que esta en vigor para garantizar que una persona compra un seguro de vida esta realmente interesado en la longevidad en lugar de la muerte del asegurado. Debido a esto, los aseguradores toman una postura juridica agresiva contra las polizas que sospechan que estan involucrados en las transacciones STOLI.
- Tenga en cuenta que los contratos legales de liquidacion de seguros de vida no constituyen STOLIs. Las transacciones de liquidacion de seguros de vida son un resultado de las polizas de seguro de vida; STOLIs se inician con el fin de obtener una poliza que beneficie a una persona que no tiene interes asegurable en la vida del asegurado en el momento del origen de la poliza.

1. SEGUROS DE VIDA INICIADOS POR INVERSORES (IOLI)

- El seguro de vida iniciado por un inversionista (IOLI por sus siglas en ingles) es una poliza de seguro de vida escrita para personas de avanzada edad, generalmente personas de 70 años o mas, por medio de inversionistas que no tienen ningun interes asegurable en el asegurado. La transaccion se inicia por un inversionista de tercero y el duefio de la poliza recibe dinero en efectivo u otras formas de compensacion como recompensa por contratar la poliza de seguro de vida. La poliza o los

beneficios de muerte se transfieren luego al inversionista. No se requiere que la persona asegurada pague la prima por adelantado ya que el grupo inversionista proporciona el prestamo.

Debido a que un JOLT se asegura a traves de una transacciOn de deuda por medio de varias partes, existen muchas partes que estan involucradas las cuales esperan sacar beneficio de la transacciOn dejando poco beneficio para el asegurado, si es que lo hay. Los que se oponen señalan que el seguro de vida es un instrumento de gestiOn de riesgos que se usa para transferir el riesgo financiero de una muerte prematura y que este no tiene el proposito de crear un inventario en el mercado de beneficios de polizas de vida.

D. ENVIO DE POLIZA

Una vez que se haya terminado el proceso de suscripcion y la compafila emite la poliza, el agente se la entregard al asegurado. Aunque la entrega personal de la poliza de seguro es el mejor metodo de concluir la transaccion del seguro, enviar la poliza directamente al duefio de la poliza es aceptable. Cuando el asegurador abandona el control de la poliza al enviarla al duefio de la poliza, la poliza se considera legalmente entregada. Sin embargo, es recomendable obtener un recibo de entrega

1.CUANDO EMPIEZA LA COBERTURA

Si la prima inicial no se paga con la solicitud, se le requerird al agente cobrar la prima al moment() de la entrega de la poliza. En este caso, la poliza no entra en efecto hasta que se haya cobrado la prima. El agente tambien debera obtener una declaracion de la buena salud del asegurado. Esta declaracion debe ser firmada por el asegurado, y verifica que el asegurado no haya sufrido lesion o enfermedad desde la fecha de solicitud.

Si la prima completa fuera sometida con la solicitud y la poliza fuera publicada segim lo solicitado, la cobertura de la poliza coincidiria generalmente con la fecha de la solicitud.

1.EXPLICANDO LA POLIZA Y SUS PROVISIONES, CLAUSULAS ADICIONALES, EXCLUSIONES, Y CATEGORIZACIONES AL CLIENTE

La entregapersonalde la poliza permite al agente la oportunidad de cerciorarse de que el asegurado entienda todos los aspectos del contrato. La revision del contrato con el asegurado implica el señalar cualquier disposicion o clausula adicional que pueda ser diferente a lo anticipado, y de explicar que efecto tienen ellos en el contrato. Ademias, el agente debe explicar el proeedimiento de clasificaciOn al cliente, especialmente si la poliza se clasificO diferente a la que se solicitó. El agente debe tambien explicar cualquier otra opcion disponible al dutho de la poliza, incluyendo la disposicion de vistazo gratis que llega a ser activa en este tiempo.

Una guia del comprador proporciona la informacion basica sobre polizas de seguro de vida que contiene, y se limita al, lenguaje aprobado por el Director. Este document explica cOMO un comprador debe elegir la cantidad y el tipo de seguro a comprar, y como un comprador puede ahorrar dinero al comparar el costo de polizas similares. La comparacion se hace en terminos de primas, valor de efectivo y dividendos. Las aseguradoras deben ofrecer una guia del comprador a todos los solicitantes prospectivos de las polizas antes de aceptar la prima inicial. Si la poliza contiene una restitucion incondicional de al menos 10 dias (un periodo de vistazo gratis), una guia del comprador puede ser entregada con la poliza.

•Un resumen de poliza es una declaration escrita que resume las características y los elementos de una poliza. Debe incluir el nombre y la dirección del agente, el nombre completo y dirección de la oficina principal o la dirección de la oficina administrativa del asegurador, y el nombre genérico de la poliza básica y de cada anexo ("rider" por sus siglas en inglés). Un resumen de poliza también incluye la prima, el valor en efectivo, los dividendos, el valor de restate y beneficio de muerte por rams específicos de la poliza. El resumen de la poliza debe ser proporcionado cuando se entrega la poliza.



Examina to retention *de Its* nuevos colic pto que aprendiste. Regresa al principio del capítulo para repasar las Instantaneas antes de seguir adelante.

TIPOS DE POLIZAS DE SEGURO DE VIDA



Estecapitulo presentadostipos principalesde segurosde vida, suscaracteristicasy funciones,y a quien se sirve mejor cada tipo. Este capitulo tambien incluye una discusiOn acerca de las anualidadesSe le ensefiabasobre las partes de la anualidad,y los periodosde anualidad,y como reconocerlas diferentesclasesde anualidades



Ir5TanTanea

1. zCuales son las características del seguro de vida temporal?
2. LQue es un seguro de termino renovable anualmente?
3. Xuales son las características del seguro de vida entera?
4. LComo se diferencia el seguro de vida directa con prima continua al seguro de vida limitado pagado de 20 años?
5. 1,Que características de un seguro de vida ajustable se pueden cambiar por el duefio de la poliza?
6. LCuales son las semejanzas y las diferencias en medio de las polizas de vida variable y las de vida entera traditional?
7. Con vida universal variable, 1,a que se refiere el termino variable?
8. J,COmo se diferencias las anualidades de los seguros de vida?
9. Si el pensionado muere durante el periodo de acumulaciOn, ,que le sucede a la cuenta?
- 10.Una anualidad puede tenet 2 periodos distintos. i,Como se llaman, y que pasa cada periodo?
- 11.Xuales son las 2 opciones de pago de primas de anualidades?
- 12.LCuando puede empezar los pagos una anualidad diferida?
- 13.j,Como afecta la inflation al poder adquisitivo de una anualidad fija?
- 14.l,Cuales son las unidades de acumulacion?



ea en donde dediCar su vaiioso tiempo de estudiof Revise el Desgtose de Examen at priCipi0 de este libro para Ver que porcenta)e det examen conforma cada capitulo.

Los consumidores disponen de muchas clases de productos de seguro de vida. A pesar de que todos los productos de seguro de vida ofrecen proteccion por muerte, cada clase tambien tiene características particulares y beneficios asi como tambien esta disefiada para satisfacer las distintas necesidades del asegurado.

Con respecto la duraciOn de la cobertura, todas las polizas de seguro encajan en 2 categorias: proteccion provisoria y permanente.

A. SEGURO DE VIDA DE TERMINO

El **seguro de vida a plazo fijo**se considera una proteccion *temporal* porque proporciona la cobertura solamente para el rramero de años especificado en el contrato. Las polizas de termino proveen la cantidad mas grande de cobertura por una prima mas baja, con respecto a cualquier otra forma de proteccion. Hay generalmente una edad maxima a la cual la cobertura no sera ofrecida o en la cual la cobertura no puede ser renovada.

•Tipos de Polizas de Seguro de Vida

•El seguro de de vida a plazo fijo provee solamente el elemento de la protecciOn conocido como la protection de muerte pura:

- x Si el asegurado muere durante este termino, la poliza paga los beneficios de muerte all beneficiario;
- x Si la pOliza esta cancelada o expira antes de la muerte del asegurado, nada es pagable;
- x No hay un valor en efectivo ni otros "beneficios en vida."

•Aunque el seguro de vida a plazo fijo se puede comprar por varias diversas razones, generalmente se compra para proporcionar cobertura temporal, una gran cantidad de cobertura por una prima relativamente pequena, o ambas. Tendria poco sentido el comprar seguro permanente para asegurar deuda a corto plazo si eso es todo para lo que se necesita la cobertura.

•Indus° desde la perspectiva de la necesidad de un seguro a largo plazo, el seguro de vida a plazo fijo puede proporcionar una cantidad significativa de cobertura por un gasto relativamente pequeno de la prima, cuando se compara a la prima que se cobra por una forma permanente de seguro. El seguro de vida a plazo fijo ha sido instrumental en introducir a gente joven al hbit de obtener seguro de vida para proporcionar varias formas de protection, prineipalmente debido al hecho de que no es muy caro. Los jOvenes profesionales que apenas comienzan sus carreras y no hart llegado al mmaxim potential de sus ganancias todavia pueden tener la necesidad por una gran cantidad de cobertura. Para ellos, el seguro de vida a plazo fijo proporciona la protection en los primeros afios de sus carreras, hasta que puedan darse el lujo de comprar una cierta forma de seguro permanente.

•Hay tres tipos basicos de cobertura de termino disponibles, basados en como la cantidad suscrita (beneficio por muerte) cambia durante el termino de la poliza:

- x Nivelada
- x Aumentante y
- x Di sminuyente

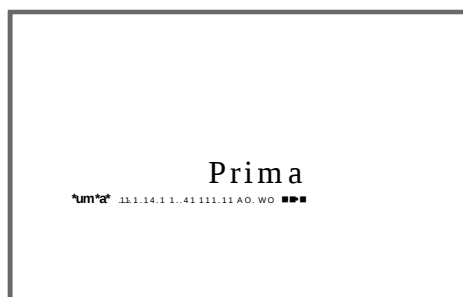
•Sin importar el tipo de seguro de termino comprado, la prima es a menudo Nivelada a traves del termino de la pOliza. Sobre la yenta, renovation o conversion de la pOliza de termino, la prima se calcula sobre la edad alcanzada (la edad del asegurado en aquel momento). Solamente la cantidad del beneficio de muerte puede fluctuar, dependiendo en el tipo de seguro de termino

•1. TIPOS DE COBERTURA DE TERMING

•Hay tres tipos basicos de cobertura de termino disponibles, basados en como la cantidad susersta (beneficio por muerte) cambia durante el tenaino de la pOliza: Nivelada, Creciente, y Decreciente. Sin importar el tipo de seguro de vida a plazo fijo comprado, la prima es a menudo nivelada a traves termino de la pOliza. Sobre la yenta, renovation o conversion de la poliza de termino, la prima se calcula sobre la edad alcanzada (la edad del asegurado en aquel momento). Solamente la cantidad del beneficio de muerte puede fluctuar, dependiendo en el tipo de seguro de termino:).

TERMINO CONSTANTE (NIVELADO)

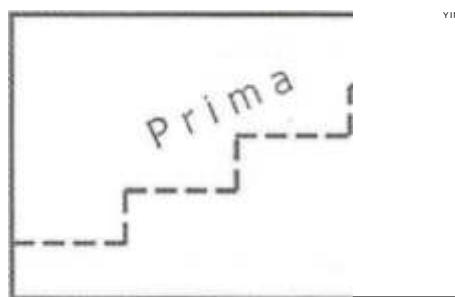
Termino Constante/Nivelado
Caridad Suscrita (Beneficio de Muerte)



El seguro de vida de termino constante (nivelado) es el tipo mas comim de protection temporal que se compra. La palabra *constante* refiere al beneficio de muerte que no cambia a traves de la vida de la poliza.

TERMINO RENOVABLE ANUAL

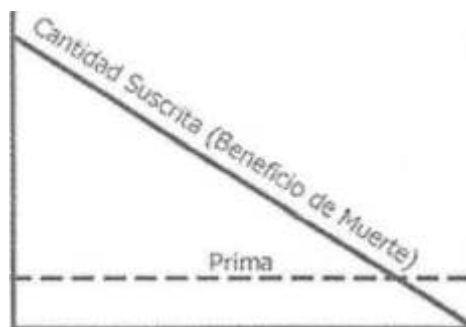
Termino Renovable Anual Car tidad Suscrita (Beneficio de Flue



El termino renovable anual (ART en ingles) es la forma mas pura de seguro de vida a plazo fijo. El beneficio de muerte permanece nivelado (en ese sentido, es un seguro nivelado), y la renovación de la póliza puede ser garantizada cada año sin la prueba de la asegurable, pero la prima incrementa anualmente según la edad lograda, al incrementar la probabilidad de muerte.

•TERMINO EN DESCENSO (DECRECIENTE)

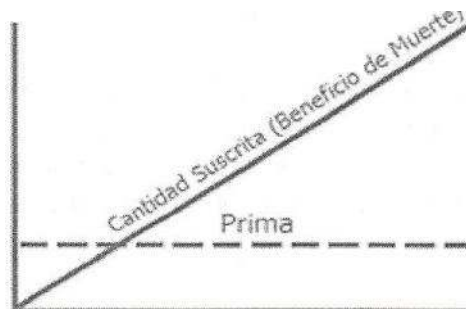
•Termino en Descenso/ Decreciente



•Las polizas de seguro de termino en descenso (decreciente) ofrecen una prima nivelada y beneficios de muerte que disminuyen a cada año sobre la duración de la póliza de termino. El termino en descenso se utiliza sobre todo cuando la cantidad de protección necesaria es sensitiva al tiempo, o disminuye al pasar el tiempo. La cobertura de termino en descenso se compra comúnmente para asegurar el pago de una hipoteca o de otra deuda si el asegurado muere prematuramente. De tal modo la cantidad de cobertura disminuye mientras que el balance pendiente del préstamo disminuye cada año. Una póliza de termino en descenso es generalmente convertible; sin embargo, no es generalmente renovable puesto que el beneficio de muerte es \$0 al final del termino de la póliza.

•TERMINO EN AUMENTO (CRECIENTE)

•Termino en Aumento/ Creciente



•El seguro de vida de termino en aumento (creciente) ofrece primas niveladas y beneficios de muerte que aumentan cada año durante el periodo de la póliza. La cantidad de aumento en el beneficio por muerte usualmente se expresa como una cantidad fija o un porcentaje de la cantidad original. El termino en aumento es utilizado a menudo por compañías de seguros para financiar ciertos anexos adicionales que proporcionan un reembolso de primas o un aumento gradual en la cobertura total, tal como anexos adicionales de costo de vida o retorno de prima.

RENDIMIENTO DEL PLAZO DE LA PRIMA

El seguro de vida de termino de rendimiento del plazo de la prima (ROP en ingles) es una poliza de seguro de termino en aumento que paga un beneficio adicional a la muerte del beneficiario igual al importe de las primas pagadas. La devolution de la prima se paga si la muerte ocurre en un plazo deteirainado de tiempo o si el asegurado sobrevive al plazo de la poliza.

Polizas ROP estan estructuradas para considerar el factor de riesgo bajo de una Oliza a largo plazo pero a un aumento significativo de costo de la prima, a veces hasta 25% a 50% mas. Polizas tradicionales de termino ofrecen un bajo costo, beneficio simple de la muerte de un plazo determinado, pero no tienen componente de inversion o el valor en efectivo. Cuando termina el termino, la poliza expire y el asegurado no tiene cobertura. Una ROP ofrece la protecciOn puro de una Wino de termino, pero si el asegurado se mantiene saludable y sigue con vida una vez que el limite de plazo expire, la compailia de seguros garantiza un retorno de la prima. Sin embargo, puesto que el importe devuelto es igual a la cantidad pagada, las primas devueltas no son imponibles.

Ejemplo practico:

Un hombre saludable de 30 arios paga \$380 al aft° por una pOliza de termino de arios de \$250,000. A finales de los 30 afios, que ha pagado un total de \$11,400 en primas que seran devueltas si el todavia esti. vivo. La compaffla de seguros ha determinado que \$250 por an°, o \$7,500 durante de 30 arios, cubrird el coste real de la protection. El exceso de fondos, que el asegurador invierte, proporciona el dinero de las primas devueltas.

2. CARACTERiSTICAS ESPECIALES

La mayoría de las pOlizas de seguro de termino son renovables, convertibles, o renovables y convertibles (R&C).

RENOVABLE

La provision renovable le permite al duerio de la poliza el derecho a renovar la cobertura en la fecha de vencimiento *sin evidencia de asegurabilidad*. La prima para la nueva poliza de termino sera basada en la edad actual del asegurado. *Por ejemplo*, una poliza de diez arios de termino que es renovable se puede renovar al final del periodo de diez arios por un period() de diez albs subsecuentes sin la evidencia de asegurabilidad. Sin embargo, los asegurados tendran que pagar la prima basada en la edad cumplida. Si un individuo compra una poliza de termino de diez atios a la edad de 35, el o ella pagara una prima basada en la edad de 45 a la renovation de la pOliza.

CONVERTIBLE

La **disposition convertible** le provee al due& de la poliza el derecho a convertir una pOliza de terrain() a una poliza permanente *sin evidencia de asegurabilidad*. La prima sera basada en la edad obtenida del asegurado al momento de la conversion.

B. SEGURO DE VIDA ENTERA (ORDINARIA) TRADICIONAL

Seguro de vida **permanente** es un termino general usado para referirse a diversos tipos de **polizas** de seguro de vida que acumulan valor en efectivo y permaneceran en vigor durante toda la vida del asegurado (o hasta la edad de 100), siempre y cuando se paga la prima. El tipo mas corn-Lin de un seguro permanente es el seguro de vida entera.

•El seguro de vida entera proporciona la protección por la vida del asegurado, e incluye un elemento de ahorro (o valor en efectivo). Las polizas de vida entera se maduran a la edad de 100 años del asegurado, que significa que el valor en efectivo, creado por la acumulación de la prima, se programa para igualar la cantidad suscrita de la póliza a la edad de 100 años. La prima de la póliza se calcula suponiendo que el dueño de la póliza tendrá que pagar la prima hasta esa edad. Las primas de las pólizas de la vida entera por lo general serán mayores que las primas de seguro de término.

•A continuación se detallan las características claves de seguro de por vida (de vida entera):

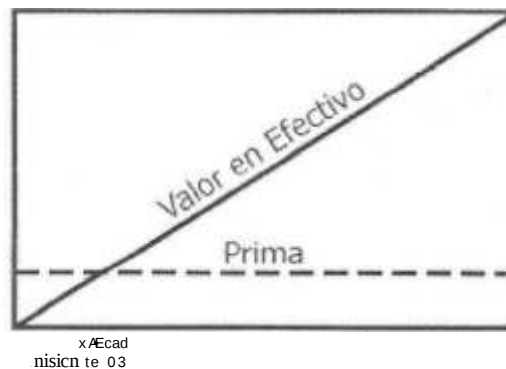
- x Prima nivelada: la prima para las pólizas de seguro de por vida se basa en la edad de emisión; por lo tanto, se mantiene tal cual a lo largo de la duración de la póliza.
- x Beneficio de muerte: se garantiza el beneficio de muerte y además permanece nivelado de por vida.
- x Valor en efectivo: el valor en efectivo, que se crea por la acumulación de la prima, está programado para igualar el valor nominal de la póliza cuando el asegurado tenga 100 años. Además, se le paga al dueño de la póliza. (Acuérdese: el asegurado y el dueño de la póliza podrían ser personas distintas.)
- x Beneficios de vida: el dueño de la póliza puede pedir un préstamo respaldado por el valor en efectivo mientras que la póliza esté vigente o puede recibir el valor en efectivo cuando se entregue la póliza. El valor en efectivo, también denominado valor sin riesgo de pérdida, generalmente no se acumula hasta el tercer año de la póliza y aumenta con impuestos diferidos.

•Los tres tipos básicos de pólizas de vida entera son vida directa, pago limitado, y prima de pago único.

•1. VIDA ORDINARIA O DIRECTA

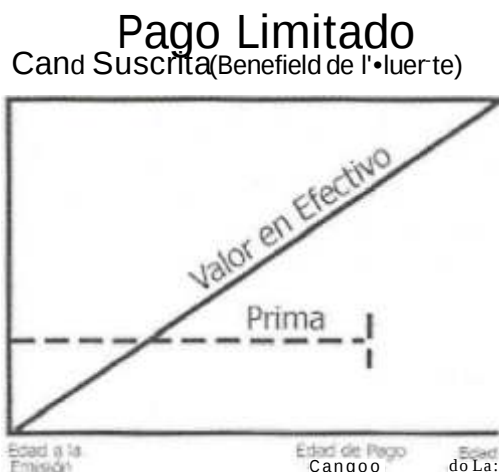
•Vida Entera

•Cantidad Suscrita (Beneficio de Muerte)



•La vida **ordinaria o directa** (también designado como la vida entera con prima continua) es la póliza básica ilustrada en la gráfica anterior. El dueño de la póliza paga la prima desde que se emitió la póliza hasta la muerte del asegurado o la edad de 100 (lo que ocurra primero). De las pólizas de vida entera más comunes, la vida directa tendrá la prima anual más baja.

2. PAGO LIMITADA



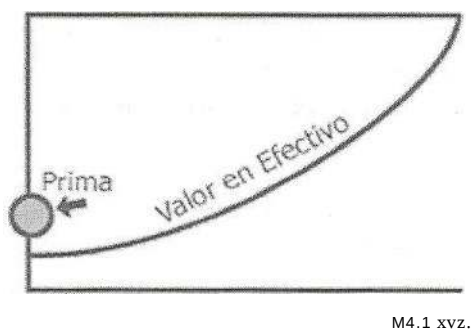
A diferencia de la vida directa, el seguro de vida entero de pago limitado está diseñado a modo que las primas por la cobertura estén totalmente pagadas mucho antes de la edad de 100 años. Algunas de las versiones más comunes de vida de pago limitado son la vida de pago 20 en donde la cobertura se paga totalmente en 20 años y vida pagada a los 65 (LP) en donde la cobertura se paga por completo a los 65 años del asegurado. Todo lo demás siendo igual, cuando el periodo de pago de prima se condensa a una duración más corta, se requiere una prima más alta.

Las pólizas de pago limitado son excelentes para aquellos que no quieren pagar primas más allá de un tiempo dado. un individuo puede necesitar una cierta protección después de la jubilación, pero no desea pagar primas durante ese momento, una póliza de pago limitado comprada mientras la persona trabaja cumplirá ese objetivo.

3.PRIMA UNICA (SIMPLE)

Prima Unica

cantidad Suscrita Beneficio de Muerte



La póliza de vida entera con prima única (SPWL por sus siglas en inglés) se diseñó para proporcionar un beneficio nivelado por muerte a la edad 100 años del asegurado a cambio de un solo pago por la suma total. La póliza se paga en su totalidad luego de abonar una prima única y genera dinero en efectivo de forma inmediata. La mayoría de las compañías requieren una cantidad mínima para la prima de una póliza de prima única.

•4. VIDA AJUSTABLE

•La póliza de vida ajustable fue desarrollada en un esfuerzo de proveer al dueño de la póliza lo mejor de ambos mundos (cobertura de plazo fijo y permanente). Una póliza de vida ajustable puede asumir la forma de seguro de plazo fijo o de seguro permanente. El asegurado típicamente determina cuanta cobertura necesita y la cantidad de prima que puede pagar. El asegurador entonces determinará el tipo apropiado de seguro para resolver las necesidades del asegurado. Mientras las necesidades del asegurado cambian, el asegurado puede hacer ajustes a su cobertura. Típicamente, el dueño de la póliza tiene las opciones siguientes:

- x Aumentar o disminuir la prima;
- x Cambiar el periodo de pago de prima;
- x Aumentar o disminuir la cantidad suscrita de cobertura; o
- x Cambiar el periodo de la protección.

•Como resultado de esta flexibilidad, el dueño de la póliza tiene la opción de convertir de término a vida entera o viceversa. Sin embargo, los aumentos en los beneficios de muerte o cambios a una prima más baja en la póliza requieren generalmente prueba de asegurabilidad. En el caso de convertir de una póliza de vida entera a una póliza de término, el asegurador puede ajustar los beneficios de muerte. El dueño de la póliza puede también pagar primas adicionales más allá de lo requerido bajo la forma permanente para acumular un mayor valor en efectivo o para acortar periodo de pago de prima.

•Aunque las pólizas de vida ajustable tienen la mayor parte de las características comunes de otras pólizas de vida entera, el valor en efectivo de una póliza de vida ajustable solamente se desarrolla cuando las primas pagadas son más que el costo de la póliza.

•C. POLIZAS DE VIDA SENSIBLES A INTERESES Y MERCADO

1. VIDA UNIVERSAL

•Las pólizas de vida universal son conocidas por el nombre genérico de *vida ajustable con prima flexible*. Esto implica que la póliza tiene la flexibilidad para aumentar o disminuir la cantidad de la prima pagada en la póliza. De hecho, el dueño de la póliza puede omitir el pago de una prima y la póliza no caducará mientras tenga valor en efectivo suficiente al momento para cubrir las deducciones mensuales para el costo de seguro.

•Porque las pólizas de vida universal permiten que los asegurados ajusten la prima, las compañías de seguros le pueden dar a un dueño de la póliza la opción a pagar cualquiera de los dos tipos de prima:

- x La prima mínima es la cantidad necesaria para mantener la póliza en vigor para el año en curso (solo lo suficiente para comprar seguro y cubrir los gastos). Pagando la prima mínima hará la póliza ejecutarse como un producto de término renovable anual.
- x La prima de blanco es la cantidad recomendada que será pagada en una póliza para cubrir el costo de protección del seguro y para mantener la póliza activada a lo largo de su vida.

•Una póliza universal tiene dos componentes: un componente de seguro y una cuenta en efectivo. El componente de seguro de una póliza de vida universal es siempre el seguro de término

•renovable anual.

•Las pólizas de vida universal permiten el **retiro parcial** (la **entrega parcial**) del valor en efectivo de la póliza. Sin embargo, puede haber un cargo por cada retiro y hay generalmente límites en cuanto a

Tipos de Pólizas de Seguro de Vida

que cantidad y con cuanta frecuencia se puede hacer. Durante el retiro, el interés ganado en el valor efectivo retirado puede estar sujeto a impuestos, dependiendo del plan.

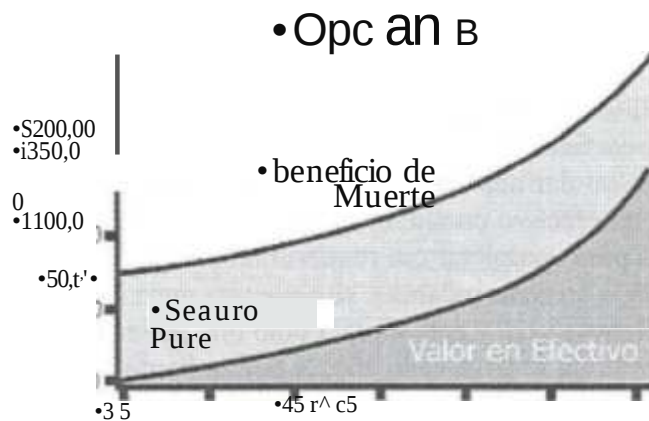
Al moment() en que un individuo solicita una póliza de vida universal, selecciona el nivel de la prima, valor en efectivo, beneficio de muerte, y period() de pago prima que desea alcanzar. Si el dueño de la póliza desea acumular una cantidad de valor en efectivo en un periodo determinado, ~~añados~~ años, el valor en efectivo puede ser la meta a acumularse a esa cantidad para vigesimo año y la cantidad de prima para completar ese requerimiento se calcula. Si no se calcula el valor en efectivo dentro de la prima, o en otras palabras, se pone una meta de cero para el valor en efectivo a la edad de 100 años, la póliza se vera y actuara tal como una póliza de termino constante hasta la edad de 100. Si la prima minima se paga cada año, póliza funcionard como una póliza de termino (c) renovable anual.

Vida universal ofrece una de las dos opciones de beneficio de muerte al dueño de la póliza. La A es la opción de *beneficio por muerte nivelado* y la opción B es la opción de *beneficio por muerte creciente*.

Option A



Bajo la Opción A (Opción del beneficio de muerte constante), el beneficio de muerte sigue siendo nivelado mientras que el valor en efectivo aumenta gradualmente, lo que reduce el *seguro puro* con el asegurador en los últimos años. Note que el seguro puro está disminuyendo a medida que pasa el tiempo, que permite la reducción de los gastos, y un mayor valor en efectivo en los años más adelante. La razón por la cual la ilustración muestra un aumento en el beneficio de muerte en un punto más adelante en el tiempo es para que la póliza cumpla con la "definición estatutaria de seguro de vida" que fue establecida por el IRS y se aplica a todos los contratos de seguro de vida emitidos después de Diciembre 31 de 1984. Según esta definición, una póliza de seguro de vida debe haber un corredor especificado mantenido entre el valor en efectivo y el beneficio de muerte. Los porcentajes que se aplican a este espacio se establecen en una tabla publicada por el IRS y varían en cuanto a la edad del asegurado y a la cantidad de cobertura. Si este espacio no se mantiene, la póliza ya no está definida como seguro de vida para propósitos de impuesto y por lo tanto pierde la mayoría de las ventajas de impuestos que están asociados con seguros de vida.



• Bajo la Opción B (Option de aumento del beneficio de muerte), el beneficio por muerte aumenta anualmente a medida que el valor en efectivo aumenta cada año por la cantidad que el valor en efectivo incrementa. En cualquier momento dado, el beneficio de muerte en su totalidad siempre será igual a la cantidad suscrita de la póliza más la cantidad actual de valor en efectivo. Dado que el *seguro puro* con el asegurador sigue siendo nivelado por vida, los gastos de esta opción son mucho mayores que los de la Opción A, causando el valor en efectivo a ser menor en los años más adelante (todo lo demás permanece igual).

• 2. VIDA ORDINARIA VARIABLE

• El seguro de vida variable es como una póliza de vida entera tradicional. Es una póliza de prima fija con la adición de una cuenta subyacente a la inversión. Sin embargo, no contiene las mismas garantías de principal e interés que se encuentran en pólizas de vida enteras tradicionales. La distinción principal es que el asegurado puede asignar la prima, después de ciertas deducciones para los costos de carga, dentro de una sub-cuenta que es sostenida por la compañía de seguros, llamada cuenta separada. En esto se diferencia de las otras formas de protección permanente que hemos discutido hasta el momento en donde el dinero se sostiene en la cuenta general. Los tipos de sub-cuenta que son disponibles incluyen cuantas de bonos, cuentas de crecimiento de valores, cuentas de mercado de dinero, cuantas de bienes raíces y una cuenta de fondo equilibrado. Se le requiere a la compañía de seguros que mantenga una cuenta separada con el propósito de que la sub-cuenta sea disponible al asegurado. Esto es en gran parte debido al hecho de que las compañías de seguros están algo restringidas en cuanto a los tipos de inversión que puedan mantener en la cuenta general.

• Otro factor que distingue vida variable de vida entera tradicional es que el beneficio de muerte y el valor en efectivo no están garantizados bajo vida variable. El valor en efectivo y/o el beneficio de muerte pueden aumentar o disminuir sobre la vida de la póliza dependiendo del desempeño de sub-cuenta subyacente. El beneficio de muerte, sin embargo, generalmente no puede disminuir más allá de la cantidad suscrita de la póliza. La prima es fija y no cambia sobre la vida de la póliza.

• La vida variable fue diseñada sobre todo para servir como barrera contra la inflación. Sin embargo, en retorno por el potencial de crecimiento de la inversión, el asegurado asume el riesgo malo del mal desempeño de inversiones no favorables de la sub-cuenta subyacente, lo cual a su vez puede resultar en que el beneficio de muerte se quede corto a las necesidades del asegurado. Porque este tipo de póliza incluye cuentas de inversiones, un individuo debe ser licenciado en valores a parte de ser licenciado en seguros de vida para poder vender vida variable. Además, la venta de póliza de vida variable debe ser precedida o acompañada por un prospecto que se archiva con la SEC.

3. VIDA UNIVERSAL VARIABLE

Vida universal variable es una combination de la vida universal y de vida variable. Como vida universal, provee al asegurado primas flexibles y un beneficio de muerte ajustable. Como vida variable, el asegurado mas que el asegurador, decide en donde serin invertidas las primas netas. Tambien, como vida variable, los valores en efectivo no estan garantizados, y el beneficio de muerte esta fijo. El valor en efectivo y/o el beneficio de muerte pueden aumentar o disminuir sobre la vida de la pOliza dependiendo del desempefio de sub Cuenta subyacente. El beneficio de muerte, sin embargo, generalmente no puede disminuir mas alla de la cantidad suscrita de la poliza. Un individuo debe tambien ser encenciado en valores y seguro de vida para poder vender vida universal variable.

1. VIDA ORDINARIA SENSIBLE A INTERESES

Vida entera (ordinaria) sensitiva a intereses, tambien conocida como la vida de asunciOn actual, es una poliza de prima fija de que proporciona un beneficio de vida garantizado a la edad de 100 albs. Este tipo de poliza acredita el valor en efectivo con una tasa de interes actual (no garantizado) que usualmente se compara a las tasas del mercado de dinero. A parte, la poliza tambien garantiza una tasa de interes minima. La tasa de interes actual puede ser atada a la tasa del indice de bonos, a la tasa de los billetes de la tesoreria o puede simplemente ser declarada por la mesa directiva del asegurador. Aunque los productos de vida entera sensitiva a intereses tipicamente tienen las primas fijas, la mayoría de las polizas permitiran al asegurado el incluir fondos adicionales para acortar el periodo de -paga prima. La prima futura se puede compensar por exceso de interes. Vida entera con interes proporciona los mismos beneficios que otra poliza de vida entera tradicional con el beneficio extra de la tasa de interes, to cual puede permitir una mayor acumulaciende valor en efectivo o un periodode pagade prima mas corta

	Vida Ajustable	Vida Universal	Vida Variable
Características principales	Puede ser Termino o Vida Entera; Puede convertir a un de otro	Seguro permanente con un componente de protection de termino	Seguro permanente
Prima	Puede ser aumentado o disminuido por el duet° de la poliza	Flexible; Minima o de Blanco	Fija (si Vida Entera); Flexible (si Vida Universal)
Cantidad suscнта	Flexible: establecido por el dueeio de la poliza con la prueba de asegurabilidad		Puede aumentar tar disminuir o minima
Valor en efectivo	Tasa fija de retorno; Cuenta general	Garantizado a un nivel minimo; Cuenta general	No garantizado; Cuenta separada
Prestamos poliza de la	Puede pedir prestado el valor en efectivo		

5. SEGURO DE VIDA DE CAPITALES INDEXADOS La caracteristica principal seguro de vida indexado de capital fijo de capitales indexados) es

que el valor en efectivo depende de la evolution del indice de equidad, aunque un valor de efectivo minima esta garantizado. Bajo este tipo de poliza prima es fija, y el beneficio de muerte esta garantizado.

•D. PLANES COMBINADOS Y VARIACIONES

•1. VIDA MANCOMUNADA

•Vida mancomunada(vida conjunta)es una sola poliza que se diseria para asegurar dos o mas vidas. Las polizas de vida conjunta pueden estar en forma de seguro de termino o de seguro permanente. La prima para vida conjunta seria menos que para el mismo tipo y cantidad de cobertura en los mismos individuos por separado. Se encuentra mas comimmente en vida entera conjunta, la cual funciona similarmente a la de una poliza de vida individual con dos excepciones principales:

- x La prima se basa en una edad promedio cormin que este entre las edades de los asegurados.
- x El beneficio de muerte se paga al primero en morir.

•Una prima basada en la edad comim es menor a la suma de 2 primas basadas en la edad individual, asi que es carman ver polizas de vida conjunta emitidas sobre marido y mujer. E ste es particularmente el caso cuando la necesidad de seguro no se extiende mas ally de la primera muerte. Se utilizan las polizas de vida conjunta cuando se necesita proteger a dos a mas personas; sin embargo, la necesidad del seguro ya no esta presente despues de que el primer individuo muera.

•*Porejemplo*, una pareja casada que compra una casa puede utilizar una poliza de vida conjunta para la proteccion de la hipoteca si ambos esposos trabajan y ganan cerca de la misma cantidad de ingreso. Sin conyuge muere, el seguro paga la hipoteca del conyuge que sobrevive. Vida conjunta tambien se utiliza para asegurar las vidas de los socios de negocio en el financiamiento de un acuerdo de compra-venta y otras necesidades de vida de negocios.

•2. VIDA DE SOBREVIVIENTE (SEGUNDO QUE FALLEZCA)

•El seguro de vida de sobreviviente (tambien referido coma la poliza de "segundo en morir,""segundo que fallezea," o de "sobreviviente Ultimo") es muy parecido al de vida conjunta en que asegura a dos o mas vidas por una prima que se basa en una edad promedio. La diferencia principal es que el seguro de vida de sobreviviente no paga el beneficio hasta la Affirm muerte. Ya que el beneficio de muerte se paga solamente hasta la Ultima muerte, la expectativa de vida conjunta en cierta forma se extiende, coma resultado la prima es mas baja que la que se cobra tipicamente por vida conjunta, la cual paga a la primera muerte. Este tipo de poliza se utiliza a menudo para compensar la responsabilidad del impuesto sobre los bienes tras la muerte del segundo conyuge.

•E. ANUALIDADES

•Una anualidad es un contrato que proporciona el ingreso por un periodo especifico de alias, o de por vida. Una anualidad protege a una persona cuando vive mas ally que su reserva monetaria. No es seguro de vida, sino un vehiculo para la acumulacion de dinero y la liquidacion de los bienes. Las compailias de seguros de vida comercializan las anualidades. Los agentes de seguro que estan autorizados para negociar los seguros de vida tambien tienen permiso para vender las anualidades.

•Las anualidades no pagan un valor nominal por muerte del beneficiario de la anualidad. De hecho, hacen la opuesto. En la mayoría de los casos, al fallecer el beneficiario de la anualidad cesan tambien los pagos. Las anualidades se rigen por tablas de mortalidad las cuales reflejan una

•expectativa de vida mayor que las tablas de mortalidad utilizadas para los seguros de vida.

•Mientras que el seguro de vida protege en contra de la muerte prematura al crear un patrimonio, ciertas anualidades protegee en contra de la posibilidad de sobrevivir el propio ingreso al liquidar un

patrimonio (se le refiere a un patrimonio como la fortuna de una persona, en este caso dinero). Una anualidad se puede definir como el contrato entre una compañía de seguros de vida y un comprador (duet-10 del contrato). Lo cual garantiza un ingreso mensual por la vida del censalista (una persona que recibe beneficios o pagos de la anualidad) o por otro periodo especificado de tiempo a través de una serie regular de pagos. Similar al seguro de vida, los pagos por una anualidad se calculan en bases de la tabla de mortalidad, la diferencia siendo que la tabla de mortalidad usada para las anualidades tiene una expectativa de vida mayor a la tabla de mortalidad usada en seguros de vida.

Pensionado - La persona que recibe los beneficios o pagos de la anualidad, y para quien se escribe la anualidad, y cuya expectativa de vida se toma en consideración ("Annuitant" por sus siglas en ingles). El pensionado y el propietario del contrato no necesitan ser la misma persona, pero la mayoría de las veces lo son. En hecho, el propietario puede ser una corporation, un fideicomiso, u otra entidad legal. El pensionado debe ser una persona natural.

Las anualidades tienen la mayoría de las mismas provisiones que el seguro de vida. Además, la anualidad también tiene valores de no-perdida (el valor de acumulación) que pueden retirarse antes de la fecha de anualización. Sin embargo, si el censalista retira estos valores generalmente en el plazo de los primeros 10 años del contrato, el asegurador cobra un cargo de retiro o de entrega que disminuye cada año. Esto se conoce como un periodo del cargo de retiro de una anualidad.

Por ejemplo, si el censalista retirara los fondos de acumulación en el primer año, los cargos de retiro pueden ser 12% de los fondos retirados, sin embargo, en el décimo año el cargo puede solamente ser 1%, y no se asessoraría ningún cargo después de eso. El asegurador puede también diferir el pago de cualquier retiro por hasta seis meses y cargar una cantidad de interés nominal en la cantidad retirada, similar a un préstamo de póliza de seguro de vida.

Las anualidades se compran, por la mayor parte, para proporcionar o para suplir ingreso de jubilación. Además, también los compran para financiar o para ayudar a financiar una educación universitaria. Una anualidad se puede utilizar realmente para cualquier situación que requiera una fuente constante de ingreso en un algún momento en el futuro. Las anualidades también se utilizan para proporcionar lo que se conoce como establecimientos estructurados. Un establecimiento estructurado adquiriría la forma de una liquidación judicial que se presenta de una demanda civil o puede adquirir la forma del ingreso que se proporciona al ganador de una lotería del estado. Además, muchas opciones del establecimiento para una póliza de seguro de vida implican realmente el seleccionar de una opción del pago de la anualidad. La función básica de una anualidad es la de liquidar una suma principal, sin importar como fue acumulada.

El periodo de acumulaciOn, también conocido como el periodo de pago en la anualidad, es el periodo de tiempo sobre el cual el pensionado (censalista) hace los pagos en una anualidad. Además, es el periodo de tiempo durante el cual los pagos ganan interés a impuesto diferido a medida que crecen.

Todas las anualidades se caracterizan por el periodo de anualidad, también conocido como el periodo de anualizaciOn, periodo de liquidation, o periodo de desembolso. El periodo de la anualidad es el excedente de tiempo en el que la suma que se ha acumulado durante el periodo de acumulaciOn se convierte en un flujo de pagos de ingreso al beneficiario de anualidad. El periodo de la anualidad puede durar por el curso de la vida del pensionado o por un periodo especificado - mas corto o mas largo.

Las anualidades son clasificadas por el metodo usado para financiar la anualidad, el metodo del pago de la anualidad, la fecha en que los pagos de la anualidad comienzan, y configuration subyacente de la anualidad. No importa que tan grande es el pago de la anualidad. La anualidad puede ser una cantidad en Mares especifica o una anualidad variable.

1. PRIMA SIMPLE, FLEXIBLE Y NIVELADA

•La primera manera en la que se caracterizan las anualidades es por como pueden ser financiadas (pagadas). Hay 2 opciones: un solo pago (suma total) o con pagos periodieos en los cuales la prima se paga en plazos durante periodo de tiempo. Anualidades de pago periódic pueden ser pagadas con laprima nivelada, en el cual el duefio paga un plazo fijo, o con pagos flexibles, en los cuales la cantidad y la frecuencia de cada plazo se varian.

1. INMEDIATA Y DIFERIDA

•Las anualidades pueden tambien ser clasificadas de acuerdo a cuando los pagos de la anualidad comienzan. Unaanualidad inmediata es una que se compra con una sola suma global y proporciona los pagos de ingreso que comienzan en el plazo de un alio a partir de la fecha de la compra. Por lo general, los pagos pueden comenzar tan pronto como en un mes a partir de la fecha de la compra. A menudo, este tipo de anualidad se conoce como una anualidad inmediata de prima Anica (SPIA en ingles).

•Unaanualidad diferida es una anualidad en que los pagos del ingreso comienzan cualquier momentodespues de un alto a partir de la fecha de la compra. Anualidades diferidas se pueden comprar con una sola prima global (anualidades inmediata de prima flexible SPDA en ingles) o a traves de pagos periedicos (anualidades diferida de prima flexible FPDA en ingles). Los pagos periedicos pueden variar de afio en afio. Cuanto mas larga se difiere la anualidad, lo permita la mayor flexibilidad para el pago de las primas.

1. FIJA Y VARIABLE

•La forma final de clasificacion se basa en a como el dinero en la anualidad crece. La anualidad puede crecer a una tasa de interes establecida, puede variar con las condiciones del mercado actuales, o una combinaciOn de los dos dependiendo sobre los deseos del censualista.

•Unaanualidad fija proporciona todo lo siguiente:

- x Una tasa de interes minima garantiza ser acreditada al pago o a los pagos de la compra;
- x Los pagos del ingreso (anualidad) que no varian de un pago a otro.
 - x La compaina de seguros garantiza una cantidad especifica en dolares por cada pago y la longitud del periodo de pagos como file determinado por la opcion de liquidacion elegida por el pensionado.

•Con las anualidades fijas, el pensionado sabe la cantidad exacta de cada pago recibido de la anualidad durante el periodo de la anualidad. Una desventaja de las anualidades fijas es que el poder adquisitivo que pueden darse el lujo erosionado con el tiempo debido a la inflacion.

•Unaanualidad variable es variable desde el punto de vista que el censualista puede recibir indicesde retomo que varian en los fondos que son pagados en la anualidad. Asi, el valor de la cuenta de inversion en la anualidad puede estar sujeto a variar. Es debido a esta característica que lasanualidades variables fueron desarrolladas sobre todo como manera de proporcionar una barreracontra la inflacion.

•Las primas de anualidades variables se invierten en valores, con suerte manteniendo un constante poder de compra, coma proteccion en contra de la inflacion. Como resultado, el riesgo de la inversion lo lleva el duefio de la cuenta. Las primas pagadas durante el periodo de acumulacion se colocanen la cuenta separada que usualmente esta invertidæn acciones comunes. Esto quiere

decir que la inversión variará en acorde a la fluctuación en los precios de la bolsa de valores. Esto quiere decir que la inversión variará en acorde a la fluctuación en los precios al mercado. Las cuentas separadas proporcionan gerencia profesional y diversificación.

Primas variables compran unidades de acumulación en el fondo, lo cual es similar a comprar en un fondo mutuo. Las unidades de acumulación representan la propiedad de intereses de la cuenta separada. Sobre la anualización, las unidades de acumulación se convierten a unidades de anualidad. El ingreso entonces se paga al censalista basado en el valor de las unidades de la anualidad. El monto de las unidades de la anualidad recibidas permanece constante, pero los valores de unidad fluctúan hasta que en sí se pague al censalista.

Una anualidad variable sirve como una protección contra la inflación, y es variable desde el punto de vista de que el pensionado puede recibir tasas de intereses diferentes en los fondos pagados en la anualidad. Hay tres características principales de las anualidades variables:

xInversión Subyacente: Los pagos que el pensionado invierte en la anualidad variable se invierten en cuentas separadas del asegurador, y no en la cuenta general. Desde la cuenta separada no es parte de la cartera de inversiones de la compañía de seguros, no está sujeto a las restricciones que se aplican a la cuenta general propia del asegurador.

xTasa de Interés: La compañía de seguros de remisión no garantiza un interés mínimo

xRequisitos de la Licencia: Las anualidades variables se consideran ser valores, y están reguladas por la Comisión del Mercado de Valores (SEC), además de las regulaciones de seguros del estado. Un agente que venda las anualidades variables debe tener una licencia de valores, además de una licencia de seguros de vida. Los agentes o las compañías que venden anualidades variables deben también ser colocados correctamente con el FINRA - Autoridad Regulatoria de Industria Financiera.

CARACTERÍSTICAS	FIJAS	VARIABLES
Tasa de Interés	Garantizada por la Compañía de Seguros.	Sin Garantía
Inversión Subyacente	Cuenta General (a salvo, conservador)	Cuenta Separada (Equidades, sin garantía)
Licencia Requerida	Seguro de Vida	Seguro de Vida más Valores
Mortalidad	Garantizada	Garantizada
Costos	Garantizados	Garantizados
Pago del Ingreso	Garantizado	Sin Garantía

4. INDEXADA

Las Anualidades Indexadas de Capital Fijo no son valores, pero invierten sobre bases relativamente agresivas para obtener ganancias más altas. Como una anualidad fija la anualidad indexada tiene un interés mínimo garantizado. El interés actual que se acredita se ata a menudo a un índice familiar como el "Standard and Poor's 500".

Generalmente, la compañía de seguros retiene las ganancias iniciales para sí misma pero paga el exceso al pensionado. *Por ejemplo*, la compañía puede mantener los primeros 4% ganados para sí misma, pero cualquier acumulación en el exceso de 4% se acredita a la cuenta del pensionado. Si el interés ganado es de 12%, la compañía se queda con 4% y acredita la cuenta de los clientes con un 8%.

- Las anualidades indexadas de capital fijo son menos riesgosas que una anualidad variable o un fondo mutuo pero se espera que ganen un interes mas alto que una anualidad fija.

<i>Anualidades</i>	
<i>Fases</i>	Fase de Acumulacion - pagos de primas, al asegurado
	Periodo de Anualizaci3n - pagos de la anualidad, al asegurado
<i>Panes</i>	Pensionado - asegurado; la poliza emitida sobre la vida de un beneficiario de anualidad; debe ser una persona
	Beneficiario - recibird el valor en efectivo o las primas pagadas cualesquiera que sea mayor si el pensionado muere durante el periodo de acumulacion
<i>Tipos de Anualidades</i>	Propietario - tiene todos los derechos en la poliza (usualmente el pensionado); puede ser corporacion o fideicomiso
	Anualidades Fijas - garantizadas, pagos de cantidad fija; las primas en una cuenta general
	Anualidades Indexadas en Equidad - tasa de interes atada al "indice" ganan una tasa mas alta que las anualidades fijas, no es tan riesgosa como las anualidades variables o los fondos mutuos
<i>Pagos de Prima</i>	Anualidades Variables - pago no garantizado. Las primas invertidas en bonos y acciones. Las primas en una cuenta separada.
	Simple - un pago de suma total. La suma principal se crea inmediatamente (utilizado para las anualidades inmediatas y diferidas).
<i>Pagos de Ingreso</i>	Periodo (Flexible) - pagos multiples, el fondo principal de la anualidad se crea en un cierto plazo (utilizado solamente para las anualidades diferidas).
	Inmediata - comprado con un solo pago de prima; los pagos del ingreso comienzan en el plazo de 1 aft° a partir de la fecha de la compra
<i>Opciones de Liquidacion</i>	Diferida - comprado con la suma total o los pagos de prima periodicos; los beneficios comienzan alguna vez despues de un afio a partir de la fecha de la compra (utilizado a menudo para acumular los fondos para el retiro)
	Anualidad de Vida Pura - el asegurado no puede sobrevivir su ingreso; cualquier dinero no pagado se retiene por la compania a la muerte del asegurado; paga la cantidad mas alta mensual
	Anualidad de Vida con Minim° Garantizado - ingreso de vida garantizado; si el pensionado muere, el balance se le reembolsa al beneficiario; la opcion de cuotas le da al beneficiario pagos hasta que la cantidad comprada se haya pagado; la cantidad minima garantizada en efectivo es el balance de la compra original de la anualidad menos los pagos hechos al pensionado
	Anualidad Determinada con Periodo Cierta - un pago mensual especifico de por vida y un periodo de tiempo especifico (e.g. Vida mas 10 afios ciertos); si el pensionado muere antes de terminar el periodo de pago, los pagos se van al beneficiario
	Vida Conjunta - 2 o mas beneficiarios de anualidad reciben pagos hasta la muerte del primero, despues los pagos terminan.
	Conjunta y de sobreviviente - ingreso para 2 o mas que no pueden ser sobrevivido; usualmente usado con periodo cierto; cuando muere un beneficiario de anualidad, el otro recibe ya sea 1/2 o 2/3 del pago original
	Suma Total (Global) - a la anualizacion, y todo el interes acumulado es gravable; pena adicional de 10% se puede imponer antes de que el pensionado cumpla la edad de 59 1/2
	Anualidades Determinadas - pago garantizado por un periodo fijo o hasta que una cierta cantidad cierta se pague; no hay opciOn de vida
	Garantizado - la compaftia debe pagar este porcentaje; tipicamente alrededor del 3%
	Tasade Inter& Actual - excede la tasa garantizada; pagada al pensionado cuando la inversion de compaftila es mejor que lo esperado; "bono"



Examina to retencion de los nuevos concepto5 que aprendiste. Regresa al principio del capitulo Ppara repasar las instant4nea5 antes de seipir adelante.

IV. ENDOSOS, DISPOSICIONES, OPCIONES, EXCLUSIONES DE LAS POLIZAS

h

Para este momento, usted ya debe tener un conocimiento sólido acerca de los diferentes tipos de polizas de seguros de vida y de su conveniencia a los diferentes tipos de gente. Ahora que usted ya conoce los diferentes tipos generales de polizas, es la hora de aprender las diferentes reglas y opciones que un asegurador puede escribir en un contrato.

Las **provisiones** explican los derechos y las características de un contrato de seguro y son universales entre las polizas. Las **enmiendas** se añaden a la poliza para modificar provisiones que ya existen. Las **opciones** son las diferentes maneras en las que un asegurado puede invertir o distribuir una suma de dinero, tal como un dividendo, un ingreso, o un beneficio de muerte. Es esencial que tenga una comprensión cuidadosa de las diversas provisiones, enmiendas y opciones que se aplicarán a las polizas que venderá a los asegurados anticipados.



Finalmente

1. ¿Qué es una provisión de una poliza?
2. ¿Qué constituye el contrato completo?
3. ¿Qué es el período de vistazo gratis, y cuando comienza?
4. ¿Cuál es la diferencia entre la cesión absoluta y colateral?
5. ¿Cuál es el propósito de un período de gracia?
6. Si se hace un reclamo, ¿qué sucede si el asegurado ha declarado su edad?
7. ¿Cuál es el propósito de la disposición del préstamo de prima automática?
8. ¿Qué tipo de anexos aumentan la cantidad del beneficio por muerte?
9. ¿Cuáles son las 3 opciones sin riesgo de pérdida en las polizas de vida?
10. ¿Qué opción sin riesgo de pérdida es automáticamente añadida si el dueño de la poliza no ha seleccionado una opción?
11. ¿Qué opción de dividendo aumenta el beneficio a la muerte del asegurado?
12. Asumiendo una prima similar inicial, ¿opción de liquidación paga más, una vida y cierto a 20 años o una de vida solamente?
13. ¿Cuánto tiempo pagará un ingreso vitalicio con una opción de liquidación cierta de 10 años?
14. ¿Cuándo terminan los pagos de beneficio bajo la opción de liquidación de ingreso vitalicio de conjunto y sobreviviente?



Recuerde dedicar su valioso tiempo de estudio. Revise

el Desglose de Examen al principio de este libro para ver qué porcentaje del examen conforma cada capítulo.

A. DISPOSICIONES DE POLIZA

Mientras que no hay forma estándar en las polizas de seguros de vida, las disposiciones estándares de poliza adoptadas por la Asociación Nacional de Superintendentes del Seguro (NAIC) crean la uniformidad entre las polizas de seguro de vida.

1. CONTRATO ENTERO

- La disposiciOn de *contrato completo (entero)* estipula que la pOliza y una copia de la solicitud, junto con cualquier anexo y enmienda, constituyen el contrato completo. Ninguna declaraciOn hecha antes de que el contrato fuera escrito se puede utilizar para alterar el contrato. Es decir estas declaraciones no se pueden incorporar en el contrato de la poliza por referencia. Ni el asegurador ni el asegurado
- puede cambiar las disposiciones de la poliza una vez que la poliza entre en efecto sin que ambas partes esten de acuerdo en el cambio y el cambio debe ser afluado al contrato.

1. CLAUSULA DE SEGURO

- La clausula de seguro dispone el acuerdo basico entre el asegurador y el asegurado. Indica la promesa del asegurador de pagar el beneficio de muerte sobre la muerte del asegurado. El acuerdo de aseguramiento esta situado generalmente en la caratula de la poliza, y tambien define quiénes son las partes del contrato, la prima que se pagaran, cuanto tiempo estard en vigor la cobertura, y la cantidad del beneficio de muerte.

1. VISTAZO GRATIS (PERIODO DE REVISION)

- Esta disposiciOn le permite al duefio de la pOliza un cierto mamero de dias desde el recibimiento de la poliza para revisarla, y si no esta satisfecho por cualquier razOr', la puede devolver y recibim reembolso completo de la prima. Este periodo de vistazo gratis comienza cuando el duefio de la poliza recibe la poliza, y no cuando el asegurador emite la pOliza. Ciertos tipos de polizas pueden requerir un periodo de vistazo gratis mas largo, o este periodo podra ser fijado por los estatutos estatales.

1. CONSIDERACION (CONTRAPRESTACION)

- Ambas partes a un contrato deben proporcionar un cierto valor, o consideracion para que el contrato sea valid°. Esta disposiciOn indica que la consideraciOn (valor) ofrecida por los asegurados es la prima y las declaraciones hechas en la aplicacion. La consideracion dada por el asegurador es la promesa de pagar de acuerdo con los tenninos del contrato. La clausula de la consideracion no es siempre una disposiciOn separada, sino se incluye a menudo en las provisiones del contrato entero. Una provision separada referente al pago de las primas de la pOliza generalmente tambiOn se encuentra en la poliza.

1. DERECHOS DE DUEFIO

- Los participantes del contrato de seguro son el asegurador, el duefio de la pOliza, el asegurado, y el beneficiario. El duefio de la poliza y el asegurado podran ser la misma persona o las personas diferentes. En cualquier caso, solamente el duefio de la poliza tiene derechos de propiedad bajo la pOliza, y no el asegurado o el beneficiario. Entre los derechos de propiedad son denomination y cambio del beneficiario, a recibir los beneficios de la poliza de vida, la selecciOn de opciones de pago de beneficios, y la asignaciOn de la poliza.
- El *duefio de la poliza* tiene que pagar las primas de la pOliza, y que debe tener un interes asegurable sobre el asegurado al momento de la solicitud para seguro. Cuando el duefio de la poliza y el asegurado no son la misma persona, el arreglo del seguro se refiere como la propiedad de tercera persona.

6. ASIGNACIONES

El dueño de la póliza de un seguro de vida tiene el derecho de transferir la propiedad parcial o total de la póliza a otra persona sin el consentimiento del asegurador. La transferencia de la póliza de seguro de vida no cambia el asegurado o cantidad de cobertura, cambia solamente quien tiene el derecho de ejercer los derechos de propiedad.

La disposición de la cesión especifica el derecho del dueño de la póliza de asignar la póliza (los derechos de la transferencia de la propiedad). El dueño de la póliza le necesita avisar al asegurador por escrito de la cesión. Hay dos tipos de cesión: absoluta y colateral.

- **Cesión absoluta** - este tipo de cesión implica la transferencia de todos los derechos de la propiedad a otra persona o entidad. Esta es una transferencia total y permanente de todos los derechos de la póliza. El nuevo dueño de la póliza no necesita tener un interés asegurable sobre el asegurado.

Cesión Colateral este tipo de cesión implica la transferencia de los derechos parciales a otra persona. Se hace generalmente para asegurar un préstamo o cierta otra transacción. Una cesión colateral es una transferencia parcial y temporal de algunos de los derechos de la póliza. Una vez que se compense la deuda o el préstamo, los derechos cedidos se devuelven al dueño de la póliza.

1. DESIGNACIONES DE BENEFICIARIO

El **beneficiario** es la persona o el interés a quienes los ingresos de la póliza serán pagados a la muerte del asegurado. El beneficiario puede ser una persona, clase de personas (a veces usado con los niños del asegurado), los bienes del asegurado, o la institución u otra entidad tal como una fundación, una compañía de caridad, una corporación o un administrador de un fideicomiso. Los fideicomisos se utilizan comúnmente conjuntamente con designaciones de beneficiario para manejar los ingresos del seguro de vida para un menor de edad o para los propósitos del impuesto del estado.

El beneficiario no tiene que tener un interés asegurable en el asegurado. Además, el dueño de la póliza no tiene que nombrar a un beneficiario para que la póliza sea válida.

PRIMARIO Y CONTINGENTE

La designación de beneficiario puede proveer tres niveles de prioridad u opciones. En el caso de que el primer beneficiario muera antes que el asegurado, el segundo (o a veces tercero) en el nivel de sucesión de beneficiarios recibe los derechos ingresos de muerte. Cada nivel en la sucesión de beneficiarios es solamente elegible para el beneficio de muerte si el beneficiario en el nivel anterior ha muerto antes que el asegurado.

El beneficiario primario tiene el primer derecho de reclamar los beneficios de la póliza a la muerte del asegurado. El dueño de la póliza puede nombrar a más de un beneficiario primario, tal como especificar cómo se deben dividir los beneficios.

El beneficiario contingente (también conocido como el beneficiario *secundario* o *terciario*) tiene derecho al beneficio de la póliza solo en el caso que el beneficiario primario muera antes que el asegurado. Los beneficiarios contingentes no reciben nada si el beneficiario primario todavía vive a la hora de la muerte del asegurado.

Si ninguno de los beneficiarios está vivo al momento de la muerte del asegurado, o si no se ha nombrado a ningún beneficiario, los patrimonios (activos y pasivos dejados por el asegurado a su

•muerte) del asegurado recibirán automáticamente los ingresos de una póliza de seguro de vida. El beneficio de muerte de la póliza puede incluirse en el patrimonio gravable del asegurado si esto ocurre.

•REVOCABLE E IRREVOCABLE

•La designación de beneficiarios puede ser revocable o irrevocable. El dueño de la póliza, sin el consentimiento o conocimiento del beneficiario, puede cambiar una designación revocable en cualquier momento. Una designación irrevocable no puede ser cambiada *sin el consentimiento por escrito del beneficiario*. Beneficiarios irrevocables tienen un interés concedido en la póliza y, por lo tanto, el dueño de la póliza no puede ejecutar ciertos derechos del dueño de la póliza *sin el consentimiento del beneficiario*. Aparte de no poder cambiar la designación del beneficiario, el dueño de la póliza no puede obtener prestado del valor efectivo de la póliza (ya que esto disminuiría el valor de la póliza hasta que se pague el préstamo) ni puede asignar la póliza a otra persona *sin el consentimiento del beneficiario*.

•CAMBIOS

•El dueño de póliza tiene el derecho de cambiar a los beneficiarios a su conveniencia (al designar a un beneficiario revocable); sin embargo, si el dueño de póliza nombra a un beneficiario irrevocable, *permiso del beneficiario es requerido para hacer cambio de beneficiarios*. También, si se nombra un beneficiario irrevocable, el dueño de la póliza no podría sacar un préstamo sobre la póliza sin el permiso del beneficiario irrevocable.

•DESASTRE COMÚN

•Si el asegurado y el beneficiario primario mueren aproximadamente al mismo tiempo por un accidente común, surge un problema en identificar quién murió primero. Si se determina que el asegurado murió primero, los ingresos de la póliza se les pagan a los bienes del beneficiario primario, si no se nombra el beneficiario contingente. Si se determina que el beneficiario murió primero, se le pagan los beneficios al beneficiario contingente o a los bienes del asegurado si no hay ninguno nombrado. La Clausula de Desastre Común, la cual se proporciona bajo la Ley Uniforme de Muertes Simultáneas, se ha adoptado en la mayoría de los estados para resolver este problema, con el fin de proteger a la intención original del dueño de la póliza, así como proteger al beneficiario contingente.

•Bajo la Ley Uniforme de Muertes Simultáneas, la ley asume que el beneficiario primario muere primero en un desastre común. Esto permite que los ingresos se paguen al beneficiario contingente o a los bienes del asegurado si es que no se designó a un beneficiario contingente. La intención es la de cumplir con los deseos del dueño de la póliza. La mayoría de los aseguradores especifican un periodo de tiempo específico, por ejemplo de 30, o 60, o 90 días, en los cuales la muerte debe ocurrir para poder seguir esta disposición. Mientras que el beneficiario muera dentro del periodo especificado de tiempo después de la muerte del asegurado, aún se interpretará que el beneficiario hubiese muerto primero.

•BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD

•Los beneficios asignados al **menor de edad** necesitan ser pagados al guardián del menor de edad, **ponerse en un fideicomiso para el menor de edad si el fideicomiso es el beneficiario designado**, o según las indicaciones de un tribunal. El guardián y el administrador del fideicomiso pueden ser la misma persona pero no tienen que serlo. Generalmente **no se aconseja** dejar los beneficios de una póliza de vida a un menor de edad.

8. PAGO DE PRIMA MODOS

La póliza estipula cuando son pagaderas las primas, la frecuencia con que se debe pagar la prima (mensualmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente, etc.), y a quien.

La modalidad (o modo) es la manera o la frecuencia con la que el dueño de la póliza, paga la prima. La mayoría de las pólizas le permiten al dueño de la póliza elegir entre pagos anuales, semestralmente, trimestrales o mensuales. Si se elige una frecuencia de prima que no sea anual, habrá un cargo adicional para compensar la pérdida de ganancias de la compañía ya que no tiene la prima por todo el año y por los costos administrativos adicionales asociados con la frecuencia en la que se mandan los recibos.

Si el asegurado fallece durante un periodo de tiempo para que la prima ha sido pagada, el asegurador deberá reembolsar cualquier disposición para riesgos en curso, con el beneficio de la póliza.

PERIODO DE GRACIA

El periodo de gracia es el periodo de tiempo después de la fecha en que la prima se vence que el dueño de la póliza tiene para pagar la prima antes de que se anule la póliza (generalmente 30 días o un mes). El propósito de la disposición del periodo de gracia es para proteger al tenedor de la póliza contra una anulación no intencional de la póliza. Si el asegurado muere durante este periodo, el beneficio de muerte es pagable. Sin embargo, la prima sin pagar será deducida del beneficio de muerte.

PRIMA NIVELADA O FLEXIBLE

La mayoría de las pólizas de seguro de vida tienen una prima nivelada, es decir la prima permanece igual a través de la duración del contrato. Sin embargo, pólizas tales como la póliza de seguro de vida universal, permiten que el dueño de la póliza pague más o menos la prima prevista, designada una prima flexible.

1. REINSTALACION

La disposición de reposición (reinstalación) le permite al dueño de la póliza la oportunidad de poner una póliza caducada nuevamente en vigor. El tiempo máximo para ejercer la reposición es usualmente de 3 años después de que la póliza haya sido anulada. Si el dueño de la póliza elige la reposición de la póliza, necesita proporcionar evidencia de asegurabilidad. Se le requiere al dueño de la póliza que pague todas las primas atrasadas, más intereses (por lo general no más que 6%), y puede ser requerido que pague cualquier préstamo atrasado con el interés. La ventaja de reposición de una póliza en lugar de adquirir una nueva es que la póliza será restaurada a su estado original, todos los valores que se establecieron en la edad del asegurado en la emisión de la póliza.

1. INCONTESTABILIDAD

La disposición del periodo de incontestabilidad evita que un asegurador niegue un reclamo debido a las declaraciones en una solicitud después de que la póliza haya estado en vigor por 2 años, inclusive en bases de una representación inexacta de hechos material o por la ocultación de un hecho material. Durante los primeros dos años de la póliza, sin embargo, un asegurador puede disputar un reclamo si ese asegurador siente que la información inexacta o engañosa fue proporcionada en una solicitud.

•sobre la cual el asegurador emitió una Opinión. El periodo de la incontestabilidad no se aplica en el caso de que no se paguen las primas; también no se aplica generalmente a las declaraciones referentes a la edad, sexo o identidad.

11. MALA-DECLARACION DE EDAD Y GENERO

•Ya que la edad y género del asegurado es importante para la prima que será cobrada para una póliza de seguro de vida, una disposición que permite que el asegurador ajuste la Opinión, en cualquier momento() debido a una declaración errónea de la edad se incluye en la Opinión. Si el aspirante ha maldeclarado su edad o género en la solicitud, en el acontecimiento de una demanda, se le permite al asegurador que bajo esta disposición pueda ajustar los beneficios a la cantidad a la que la prima hubiese sido comprada a la edad o género correcta. Los cálculos deben basarse en la tasa del asegurador en la fecha de la emisión de la W&Z

1. PRESTAMOS, RETIROS, Y RESCATES PARCIALES DE PÓLIZA

•La opción del préstamo de la póliza se encuentra solamente en las pólizas que contienen valor en efectivo. El dueño de la póliza tiene derecho a pedir prestado hasta la cantidad disponible del valor en efectivo. La cantidad pendiente del préstamo, y los intereses acumulados, se deducirán del beneficio (cantidad suscrita) de la póliza a la muerte del asegurado. La póliza no caducará con un préstamo pendiente a menos que la cantidad del préstamo y los intereses acumulados excedan el valor en efectivo disponible. Sin embargo, el asegurador debe proporcionar una notificación por escrito de 30 días al dueño de la póliza informando que la póliza caducará. Las compañías de seguros pueden diferir una petición de préstamo de póliza hasta 6 meses, a menos que la razón del préstamo sea para pagar la prima. Los préstamos de póliza no están sujetos a impuestos.

1. PRESTAMOS AUTOMÁTICOS DE PRIMA

•La disposición de préstamos automáticos de prima no se requiere, sino se agrega comúnmente a los contratos con un valor en efectivo sin cargo adicional. Este es un tipo especial de préstamo que previene el lapso no-intencional de una póliza debido a la falta de pago de la prima. Por ejemplo, un préstamo contra el valor en efectivo de la póliza por la cantidad de la prima es generado automáticamente por el asegurador cuando el dueño de la póliza no ha pagado la prima al final del periodo de gracia de la prima. Es un préstamo por el cual el asegurador cobra interés. Si el préstamo e interés no se pagan y el asegurado muere, será descontado del beneficio de muerte. Aun que el asegurador puede diferir peticiones para otros préstamos por un periodo de hasta 6 meses, peticiones de préstamos para pagos de primas vencidas deben ser aceptadas inmediatamente.

1. EXCLUSIONES

•Las exclusiones son las disposiciones de la póliza que excluyen ciertos tipos de riesgos. Ciertas exclusiones son estándar para todas las pólizas, mientras que las otras se unen a la póliza en la forma de un anexo de exclusión. Las exclusiones más comunes que se encuentran en pólizas de seguro de vida son aviación, ocupación peligrosa, y guerra y servicio militar.

•La cláusula de la Aviación: La mayoría de las pólizas de seguro de vida cubren al asegurado como pasajero que paga tarifa o un piloto en una línea aérea con vuelos regularmente programados, pero le excluyen la cobertura a los pilotos no comerciales, o requieren de una prima adicional para la cobertura.

La cláusula de ocupaciones o pasatiempos peligrosos: Si el asegurado se dedica a una ocupación peligrosa o participa en pasatiempos peligrosos (tales como salto de paracaídas o carrera automovilística), el suscriptor puede excluir la muerte que ulte de la ocupación o el pasatiempo peligroso. El suscriptor también tiene la opción de asegurar estos riesgos pero cobrando una prima mas alta debido a ellos.

La Clausula de Guerra o de Servicio Esta cláusula específicamente excluye o limita la responsabilidad del asegurador por las pérdidas causadas por la guerra o mientras que esta activo en el servicio militar. Hay s tipos de exclusiones que se pueden utilizar por los aseguradores de vida: *cláusula de clase ("status")* excluye todas las causal de muerte mientras que el asegurado esta activo en servicio militar, y la *cláusula de los resultados* excluye solamente el beneficio de muerte si el asegurado muere como resultado de un acto de guerra.

15. SUICIDIO

La provision de suicidio en pólizas de seguro de vida protege a los aseguradores en contra de las personas que utilizan el suicidio como una defensa para el pago de beneficios de seguro de vida. Las pólizas de seguros por lo general disponen de un period() de tiempo durante el cual el beneficio por muerte no se pagara si el asegurado se suicida. La responsabilidad del asegurador se limita a un reembolso de la prima. Sin embargo, si el suicidio se comete despues de que el periodo de tiempo estipulado en la cláusula de suicidio, todo el beneficio de muerte se pagard.

B. ENDOSOS

Las cláusulas adicionales (endosos) se agregan a la póliza básica de seguro de vida, para, añadir, modificar o suprimir provisiones de la póliza. Las cláusulas adicionales tienen valor y significado solamente cuando están unidas a la póliza, estas *no tienen valor ni independiente*. Individuos las utilizan sobre todo como media para modificar sus pólizas para resolver sus necesidades. Sin embargo, los aseguradores pueden también unir una cláusula adicional a la póliza para suprimir cobertura. Hanan las cláusulas adicionales que suprimen cobertura las exclusiones. Cláusulas adicionales que suprimen coberturas *se llaman* se utilizan a veces como un medio para asegurar un riesgo de otra manera *ineficaz*. *Por ejemplo*, un asegurado que compite en automovilismo puede ser asegurado solo si la póliza específicamente excluye la muerte mientras que el asegurado se dedique a la actividad. Generalmente, la cláusula adicional debe ser convenida y seleccionada a la hora de la aplicación de la póliza. Sin embargo, una cláusula de la póliza puede ser agregada por el endoso después de la edición de póliza. Si la cláusula adicional aumenta el riesgo, la prueba de la asegurabilidad será requerida generalmente. La mayoría de las cláusulas adicionales también requieren el pago de adicional. Algunas cláusulas adicionales, sin embargo, a menudo están incluidas en la póliza gratis, tal como *cláusula de adición enfermedad terminal* (necesidad de vida), el préstamo automático, y exclusiones.

1. EXONERACION (RENUNCIA) DE PRIMAS

Uri anexo de exención de prima sirve para no aplicar la prima de la póliza si el asegurado se incapacita totalmente. Al eximir las primas, sigue habiendo cobertura en vigor hasta que el asegurado pueda volver a trabajar. Si el asegurado nunca puede volver las primas continuaran siendo exentas por la compañía de seguros. La mayoría de los aseguradores *estipulan un periodo de espera de 6 meses a partir de la fecha de incapacidad hasta que se renuncie a la prima*. Si el asegurado aun esta incapacitado después del periodo de espera, el asegurador reembolsara las primas pagadas al asegurado desde el comienzo de la incapacidad. *Esta cláusula expira generalmente cuando el asegurado llega a la edad 65.*

•Endosos, Disposiciones, Opciones, y Exclusiones de las Pólizas

- Para que el asegurado califique para este beneficio, él o ella debe cumplir con los requisitos de "Incapacidad total". Aunque esta definición variara una política a otra, se define generalmente como la inhabilidad de dedicarse a cualquier trabajo. Mas específicamente, la incapacidad total refiere a la inhabilidad del asegurado de realizar los deberes de su propia ocupación por los primeros 2 años; y mas adelante cualquier empleo ganancioso para el cual satisfaga razonablemente al asegurado por la educación, el entrenamiento y la experiencia. No hay beneficios pagables para la incapacidad parcial.
- Los valores en efectivo de la póliza continuaran acumulandose a su paso normal durante el periodo de tiempo en que las primas se renuncian. Además, si la póliza es participante, el asegurado continuara recibiendo dividendos mientras que se declaren. (Nota: Esto no es cierto de todas las pólizas de Seguro de Vida Universal; Algunas pólizas de Vida Universal ofrecen una "renuncia de prima" o "la enmienda de la deducción del coste del seguro" por los cargos de mortalidad unicamente.)

•EXONERACION (RENUNCIA) DE PRIMAS CON INGRESO DE INCAPACIDAD

- Con este anexo, en el acontecimiento de la incapacidad del asegurado, el asegurador eximirá las primas de la póliza y pagará un ingreso mensual al asegurado. La cantidad pagada es normalmente basada a un porcentaje de la cantidad nominal de la póliza a la cual se añade.

2. ASEGURABILIDAD GARANTIZADA

- El anexo de asegurabilidad garantizada, permite que el asegurado compre cobertura adicional en las fechas futuras especificadas (generalmente cada 3 años) o acontecimientos (tales como casamiento o nacimiento de un niño), sin la evidencia de asegurabilidad. Cuando se ejerce esta opción, el asegurado compra la cobertura adicional a su edad cumplida. Este anexo expira generalmente a la edad de 40 años del asegurado.
- El anexo de garantía de asegurabilidad no se modifica ni se anula por la existencia de otros anexos.

Ejemplo practico:

- La póliza de seguro de vida de Alan contiene asegurabilidad garantizada y anexo de exención de prima. Tres años después de que la póliza fue emitida, Alan se incapacita total y permanentemente. No solo la prima del seguro de vida de Alan se eximirá, pero en los momentos y eventos especificados en la póliza, Alan pueden comprar seguro adicional con los incrementos de esas primas exoneradas también.

1. BENEFICIO DE PAGADORUn anexo de beneficio del pagador se usa con

polizas juveniles, de lo contrario funciona como el

- anexo de exención de prima. Si el pagador (generalmente un padre o un guardian) se incapacita por lo menos 6 meses, o muere, el asegurador eximirá las primas hasta que el menor de edad cumpla cierta edad, tal como 21 años. Este anexo también se utiliza cuando el asegurado son dos individuos diferentes.

4. MUERTE ACCIDENTAL Y/O MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDA DE EXTREMIDADES (DESMEMBRAMIENTO)

El anexo de muerte accidental paga al beneficiario múltiple de la cantidad suscrita si la muerte es el resultado de un accidente según lo definido en la póliza. La muerte debe ocurrir generalmente en un plazo de 90 días de tal accidente. El beneficio es normalmente dos veces (indemnidad doble) la cantidad suscrita. Algunas pólizas pagan triple la cantidad suscrita (indemnidad triple) si la muerte ocurre por un accidente según lo definido en la póliza.

Cada póliza especifica qué será considerada una *muerte accidental*. La muerte accidental no incluye una muerte que resulte de cualquier problema o incapacidad de salud, como sea causada. Además, las muertes que resulten de lesiones infligidas por sí mismo, en guerra, o de ciertos hábitos o pasatiempos no se cubren generalmente bajo un anexo de muerte accidental. Estarían cubiertas bajo la póliza base a menos que estén excluidas específicamente.

Este anexo generalmente expira a la edad de 65 años del asegurado. No se acumula ningún valor en efectivo adicional como resultado de este anexo. Los beneficios de muerte accidental se aplican solamente a la cantidad suscrita base de la póliza, y no a cualquier beneficio adicional que se pueda comprar con dividendos de la póliza.

La cláusula adicional de muerte accidental y desmembramiento, también llamado AD&D, paga el principal (cantidad suscrita) por muerte accidental, y paga un porcentaje de esta cantidad, o una suma capital, por el desmembramiento accidental. La porción de la muerte accidental es igual a la que se ha discutido ya con la cláusula adicional de muerte accidental. La porción de desmembramiento de la cláusula adicional determinará generalmente la cantidad del beneficio según la severidad de la lesión. La cantidad principal completa será generalmente pagada para la pérdida de dos manos, dos brazos, dos piernas o de la pérdida de la visión en ambos ojos. Una suma capital es generalmente limitada a la mitad del valor suscrito, y es pagable en el acontecimiento de la pérdida de una mano, un brazo, una pierna, o un ojo. El desmembramiento puede ser definido diferentemente por las compañías de seguros, como separación de la extremidad o como solamente la pérdida de su uso.

5. ENDOSO DE TÉRMINO

Los anexos de término permiten que una cantidad adicional de seguro temporal se pueda proporcionar sobre el asegurado, sin la necesidad de emitir otra póliza. Por lo general se añaden a una póliza de vida entera para proporcionar una mayor protección a un costo reducido.

6. CUIDADO A LARGO PLAZO

La cobertura de seguro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), la cual generalmente se compra como una póliza por separado, también se puede comercializar como una enmienda a una póliza de seguro de vida. Estas enmiendas dejan previsto para el pago de una parte del beneficio de muerte (llamado beneficios adelantados) con el propósito de hacerse cargo de los gastos del cuidado de la salud del asegurado, mientras estos se incurran en un geriátrico o una casa de convalecencia. Así como la enmienda de necesidades en vida, el pago de los beneficios de LTC reducirá la cantidad a pagadera al beneficiario al fallecer el asegurado.

7. OTROS ASEGURADOS

- El anexo de termino para otros asegurados puede proporcionar la cobertura para un o mas miembros de la familia del asegurado (que no sea el asegurado), y se une a la pOliza permanente de seguros de vida del asegurado. Esto tambien se conoce como un anexo de la familia. El anexo de termino para conyuge permite que el conyuge se afiade a la cobertura por un periodo de tiempo limitado y para una cantidad especificada. Esto anexo es generalmente un seguro de termino constante y expira cuando el conyuge cumple 65 afios de edad.
- El anexo de termino para menores permite que agreguen a los nifios en la cobertura por un periodo de tiempo limitado por una cantidad especifica. Este anexo ofrece un seguro de termino y generalmente se publicara como termino constante (nivelado) o decreciente, con una cobertura que terminard cuando el menor cumpla 18 arios de edad. La mayoria de los anexos le proporcionan al menor la opcion de convertir a una poliza permanente, sin evidencia de asegurabilidad.
- El anexo de termino para menores proporciona la cobertura de seguro de vida temporal a todos los niilos de la familia para una prima. La prima no cambia en la inclusion de mas nifios, y se basa en un ntimero promedio de hijos.
- Otras enmiendas tambien estan disponibles para le asegurar a alguien que no es un miembro de la familia del asegurado - asegurados ajenas a la familia ("nonfamily insured" en ingles). La clausula de *substitucion asegurada* o *cambio de asegurado* no permite un asegurado adicional, sino que por el contrario pennite el cambio de asegurado, sujeto a asegurabilidad. Se utiliza lo mas comimmente posible con el seguro de persona slave cuando la persona o el empleado slave se retira o termina su empleo. La clausula adicional permite al dueilo de la pOliza (al duefio o empleador) cambiar al asegurado a otro empleado slave sujeto a asegurabilidad.
- Esta clausula adicional a menudo se usa por negocios que tienen una poliza de vida mancomunada que cubre a varias personas claves. Asuma que el negocio tiene una poliza de seguro de vida mancomunada que ubre a los empleados slave Jack y Jake. Jake se jubila y Jim se emplea para substituirlo. Ahora el negocio quisiera una poliza mancomunada cubriendo a Jack y Jim, pero Jack ya no cumpliria con los requerimientos de aseguramiento para una nueva poliza debido a los cambios en su salud. Si la pOliza que cubre a Jack y Jake hubiese tenido una "clausula adicional de cambio de asegurado", la misma poliza hubiera podido ser mantenida preservando la asegurabilidad de Jack y Jim podria ser sustituido por Jake como asegurado, con Jim siendo el ilnico que necesitaria probar asegurabilidad.

8 BENEFICIOS DE MUERTE ACELERADOS O NECESIDADES DE VIDA

- La clausula adicional de Beneficios de Muerte Acelerados o Necesidades de Vida proporciona para el pago de una parte de los beneficios de muerte de la poliza si le diagnostican al asegurado con una enfermedad terminal que del lugar a muerte durante 2 afios, o si el asegurado tiene una otra condicion exigida. El proposito de esta clausula es proveer a los asegurados los fondos necesarios para tomar el cuidado de los costos necesarios de cuidado de una clinica medica y caseros que incurren como resultado a la enfermedad terminal. Muchas conapafias de seguros no cobran por esta clausula puesto que es simplemente un pago anticipado del beneficio de muerte. El resto de los ingresos de la poliza son pagables al beneficiario a la hora de la muerte del asegurado.

9. DEVOLUCION DE PRIMA

El anexo de devolucion de prima se cumple usando seguro de tennino en aumento. Cuando esta agregado a una poliza de vida entera, proporciona que a la muerte antes de una cierta edad, no solamente es pagable la cantidad suscrita al beneficiario, pero una cantidad igual a todas las primas previamente pagadas. El anexo de devoluciOn de prima expira generalmente a una edad especifica tal como a la edad de 60 afios.

C. OPCIONES DE LA POLIZA1. OPCIONES DE NO CADUCIDAD

Ya que las polizas permanentes de seguro de vida tienen valores en efectivo, hay ciertas garantias incorporadas en la poliza que no se pueden perder por parte del dueho de la pOliza. Leyes estatales requieren que estas garantias (conocidas como los valores sin riesgo de perdida o las opciones de no caducidad) se incluyan en la poliza. Una tabla que muestra los valores sin riesgo de perdida se debe incluir en la poliza por un periodo minim° de 20 afios. El duelo de la poliza tiene la opcion de como ejecutar las opciones para impedir la caducidad eligiendo uno de los siguientes: valor de rescate en efectivo, seguro pagado reducido, o termino extendido.

Tabla de Valores Garantizados
\$50,000 Tabla (a 20 alms) de Vida Entera
Opciones para Impedir la Caducidad

Fin de alio de Poliza	Valor de Rescate en Efectivo	Pagado Reducido	Termino Extendido	
			Afios	Dias
1	\$0	\$0	0	60
2	\$50	\$250	0	122
3	\$400	\$1,600	2	147
4	\$950	\$3,600	5	27
5	\$1,550	\$5,650	7	183
6	\$2,150	\$7,600	9	185
7	\$2,750	\$9,400	11	52
8	\$3,350	\$11,100	12	186
9	\$4,000	\$12,850	13	315
10	\$4,650	\$14,500	15	6
11	\$5,300	\$16,050	15	333
12	\$6,000	\$17,600	16	249
13	\$6,700	\$19,100	17	95
14	\$7,400	\$20,450	17	255
15	\$8,100	\$21,750	18	8
16	\$8,650	\$23,050	18	116
17	\$9,850	\$24,440	18	208
18	\$10,400	\$25,550	18	227
19	\$11,200	\$26,750	18	231
20	\$12,000	\$27,850	18	200
		<i>El Que Mcis Dura</i>	<i>El Que Min Proporciona</i>	

•EFECTIVO

•El dueño de la póliza simplemente entrega la póliza por el valor de rescate en efectivo actual en un momento dado en la cobertura y no es necesario que se pague nada. Al recibir el valor de rescate en efectivo, cualquier cantidad en efectivo que exceda las primas pagadas está sujeta a impuestos como ingreso ordinario. Una vez que se elige esta opción, el asegurado debe dejar de estar cubierto. Un cargo de rescate es una cuota a cargo del asegurado cuando una póliza de vida o una anualidad se entrega por el valor en efectivo.

•Un valor de rescate es una tarifa que se cobra al asegurado cuando una póliza o anualidad se entrega por su valor de rescate en efectivo.

•SEGURO PAGADO REDUCIDO

•Bajo esta opción, el valor de rescate en efectivo de la póliza es utilizado por el asegurado como una sola prima para comprar una póliza permanente completamente pagada que tiene una cantidad suscrita reducida al de la póliza anterior. La nueva póliza reducida crea su propio valor en efectivo y permanecerá en efecto hasta la muerte del asegurado o hasta la madurez de la póliza.

•TERMINO EXTENDIDO

•Bajo la opción término extendido, el asegurado utiliza el valor de rescate en efectivo de la póliza para convertirlo a seguro de término por el mismo valor suscrito que tenía la póliza permanente anteriormente. La duración de la nueva cobertura de término dura un periodo igual a la cantidad que cubre el valor de rescate en efectivo. Si el dueño de la póliza ha descuidado seleccionar una de estas opciones para impedir la caducidad del asegurado, implementará automáticamente la opción de término extendido en caso que se termine la póliza.

•2. DIVIDENDOS Y OPCIONES DE DIVIDENDO

•Dividendos son pagados en pólizas participantes. Cuando el dueño de la póliza compra una póliza de un asegurado participante, paga realmente una prima "en bruto". La prima mas alta se agrega a la prima como un margen de seguridad en el acontecimiento de que la experiencia del asegurador sea mas alta de lo anticipado. Si esta cantidad extra no es necesaria por el asegurado para pagar demandas y costos de muerte, o si la experiencia real de la mortalidad mejora o intereses ganados por la compañía exceden las asunciones, un dividendo será pagado al dueño de la póliza. En otras palabras, los dividendos son una devolución de pagos de primas en exceso y por eso son libres de impuestos al dueño de la póliza. Las compañías de seguros no pueden garantizar dividendos.

•El primer dividendo puede ser pagado desde el primer aniversario de la póliza; sin embargo, la participación (distribución de dividendo) debe ocurrir no mas tarde del final del 3er año de la póliza, si el dividendo es declarado por el asegurador. Después de eso, los dividendos son generalmente pagados sobre una base anual. Los dueños de la póliza tienen la opción de tomar sus dividendos de varias formas.

•EFECTIVO

•El asegurado simplemente envía al dueño de la póliza un cheque por la cantidad del dividendo cuando se declara, generalmente anualmente.

APLICACION PARA REDUCIR PRIMAS

El asegurador utiliza el dividendo para reducir la prima del siguiente año. *Por ejemplo*, si el dueño de la póliza paga generalmente una prima anual de \$1,000 y el asegurador declara un dividendo de \$100, el dueño de la póliza pagaría solamente una prima de \$900 por ese

ACUMULACION AL INTERES

La compañía de seguros mantiene el dividendo y acumula interés. Se permite al dueño de la póliza retirar los dividendos en cualquier momento. La cantidad de interés se especifica en la póliza y se hace compuesto anualmente. Aunque los dividendos mismos son libres de impuestos, el interés en los dividendos está sujeto a impuestos al dueño de la póliza cuando se acredita a la póliza, ya sea que el dueño de la póliza reciba o no reciba el interés.

ADICIONES PAGADAS

Los dividendos se utilizan para comprar una adición de prima única a la cantidad suscrita de la póliza permanente. No se emiten ningunas nuevas pólizas separadas; sin embargo, cada uno de estos pagos de prima única aumentará el beneficio por muerte de la póliza original por la cantidad que el dividendo pueda comprar. Además, cada una de estas pólizas pagadas acumulará valor en efectivo y pagará los dividendos. La cantidad de cobertura adicional que se puede comprar con el dividendo se basa en la edad cumplida del asegurado al momento en que se declara el dividendo.

OPCION PAGADA

El asegurador generalmente primero acumula los dividendos en el interés y enseguida utiliza los dividendos acumulados, más el interés, y el valor en efectivo de la póliza para pagar la póliza temprana. Es decir si los asegurados tenían una póliza de vida entera de prima continua (en la cual la prima se paga al cumplir 100), al usar la opción pagada el dueño de la póliza puede pagar la póliza temprana.

OPCION DE TERMINO DE UN AÑO

El dividendo se utiliza para comprar seguro adicional en la forma de seguro de término de un año para aumentar el beneficio de muerte total de la póliza. La opción del dueño de la póliza es usar el dividendo como una sola prima por tanto seguro de término de un año que se pueda comprar, o comprar el seguro de término de un año igual a la cantidad del valor en efectivo por el tiempo que durará. Si el asegurado muere durante el término de un año, el beneficiario recibe el beneficio de muerte de la póliza original y el beneficio de muerte del seguro de término de un

ACELERACION DE DOTE

La opción de la aceleración de madurez también requiere al asegurador que primero acumule los dividendos a interés y después la cantidad acumulada se utiliza para acortar el período de madurez en el caso de una póliza de madurez, o convertir una póliza de vida entera en una de madurez.

3. OPCIONES DE LIQUIDACION

Las opciones de liquidación se utilizan para pagar el beneficio a un beneficiario a partir de la muerte del asegurado, o para pagar el beneficio dotal si el asegurado vive a la fecha de madurez de la póliza. El dueño de la póliza puede seleccionar la opción de liquidación en la aplicación, y también puede

•Endosos, Disposiciones, Opciones, y Exclusiones de las Polizas

- cambiar esta opcion en cualquier momento durante la vida del asegurado. Una vez seleccionado por el dueñ() de la pOliza, la opcion de liquidaciOn no puede ser cambiada por el beneficiario. Si el dueño de la poliza no selecciona la opcion de liquidacion, el beneficiario se le permitird elegir uno en el moment() de la muerte del asegurado.

•SUMA GLOBAL

- A la muerte del asegurado o a la madurez de la poliza, el contrato esta disthado para pagar los beneficios en efectivo, llamados suma global, a menos que el recipiente seleccione un modo opcional de liquidacion. Por regla, los pagos del valor suscrito principal de la muerte del asegurado son libres de impuestos, pero algun interes pagable esta sujeto a impuestos. Bajo la distribution de suma global, no hay acumulaciOn de intereses.

•PERIODO FIJO

- Bajo la opcion de cuotas de periodo fijo (tambien llamado periodo cierto), un periodo especificado de años se selecciona, y cuotas iguales se pagan al recipiente. El principal y el interes son liquidados al mismo tiempo sobre el periodo de tiempo seleccionado. Los pagos continuaran por el periodo especificado incluso si el recipiente muere antes del final de ese periodo. En el acontecimiento de la muerte del recipiente, los pagos continuarian a un beneficiario. El tamaño de cada plazo es determinado por la cantidad de principal, el interes garantizado, y la longitud del period() seleccionado. Entre mas largo sea el periodo seleccionado, mas pequeño sera cada pago. El exceso del interes no podra prolongar el periodo de tiempo de los plazos, solo la cantidad de las cuotas. Esta opciOn no garantiza el ingreso de por vida del beneficiario; sin embargo, garantiza que todo el principal sera distribuido.

•CANTIDAD FIJA

- La opcion de cuotas de cantidades fijas paga una cantidad fija, especificada en cuotas hasta que se agoten los ingresos (principal e interes). El recipiente selecciona una cantidad fija especifica en Mares a ser pagada hasta que se agote en capital. Si el beneficiario muere antes de que se agoten los ingresos, las cuotas continuaran siendo pagadas a un beneficiario contingente hasta que todos los ingresos se hayan pagado en su totalidad. A diferencia de la opciOn de periodo fijo la cual la longitud del periodo de ingreso determina la cantidad de cada cuota, bajo esta opcion, la cantidad de cada cuota determinara cuanto tiempo seran recibidos los beneficios. Obviamente, cuanto mas grande cada cuota es, mas corto el periodo del ingreso sera. El exceso de interes puede ampliar el tiempo que se reciben los pagos, pero no la cantidad de cada plazo. Como con la opcion de periodo fijo, esta opcion no garantiza los pagos de por vida del beneficiario; sin embargo, garantiza que todos los ingresos seran pagados en su totalidad.

•INGRESO DE POR VIDA

- La opcion de ingreso de por vida le proporciona al recipiente con un ingreso hasta su muerte. Las cuotas se garantizan mientras viva el beneficiario, sin tomar en cuenta la fecha en que muera. La cantidad de cada plazo se basa en la expectativa de vida del beneficiario y la cantidad del principal. Si el beneficiario vive por mucho tiempo, los pagos pueden exceder el principal total. Sin embargo, si el beneficiario muere poco despues de que empiece a recibir las cuotas, el balance restante sera perdido. Ya que existe la posibilidad de que el beneficiario no viva lo suficiente como para recibir todos los ingresos por muerte, aseguradores haven disponibles opciones que proporcionan por tmenos una garantia parcial que algunos o todos los ingresos se pagard. Con cada una de las garantas, la cantidad de cada plazo disminuye.

Bajo la **opcion de Ingreso Vitalicio con Periodo() Cierta**, el recipiente obtiene "lo mejor de ambos mundos" en terminos de un ingreso vitalicio y de un periodo garantizado de plazos. Los pagos estan garantizados no solo para el curso de la vida del recipiente, sino que hay tambien un periodo especificado que esta garantizado. ~~Por ejemplo,~~ un ingreso vitalicio con opcion de 10 años ciertos

provee al recipiente con un ingreso mientras el o ella viva. Si el recipiente muere poco despues comenzar a recibir los pagos, los pagos seran continuados a un beneficiario por el resto del periodo de 10 años. Segun lo indicado ya, los plazos con la opcion de ingreso vitalicio con opcion de periodo cierto seran mas pequenos que la opcion de ingreso vitalicio solamente.

La opcion de **Ingreso de por Vida Conjunto y Sobreviviente** garantiza un Ingreso para dos o mas recipientes mientras vivan. La mayoría de los contratos proporcionan que el recipiente que sobrevive recibirá un pago reducido despues de que el primer recipiente muera.

Mas comanmente la opcion reducida se suscribe como "conjunto y 1/2 sobreviviente" o "conjunto y sobreviviente", en donde el beneficiario sobreviviente recibe $\frac{2}{3}$ de lo que se recibia cuando ambos beneficiarios estaban vivos. El dueño de la poliza que desea proteger a dos beneficiarios, tales como padres mayores, selecciona comanmente esta opcion. A menos que la ~~opcion de~~ periodo tambien se elige, como en la opcion de ingreso de por vida, no existe garantia de que los ingresos del seguro de vida se pagaran si todos beneficiarios mueren poco despues de iniciar las cuotas. Esta opcion garantiza, sin embargo, un ingreso de por vida para todos los beneficiarios.

INTERES SOLAMENTE

Con la **opcion de interes solamente**, la compafia de seguros retiene los beneficios de la poliza y paga intereses sobre los ingresos al beneficiario a intervalos regulares (mensualmente, trimestralmente, semestralmente, o anualmente). El asegurador usualmente garantiza una cierta tasa de interes y a menudo paga interes en exceso a la tasa garantizada. La opcion de interes se considera una opcion temporal ya que los ingresos se retienen por el asegurador, hasta cierto tiempo cuando los ingresos se paguen en suma total o se paguen bajo otra de las opciones de liquidation. Cuando se le permite al beneficiario elegir una opcion de liquidation, la opcion de interes se usa como una opcion temporal si el beneficiario requiere de tiempo adicional en decidir que opcion de pago elegira. La

opcion de interes solamente tambien se puede utilizar si el dueño de la poliza decide que otra persona a parte del beneficiario principal reciba el principal. ~~Por ejemplo,~~ el dueño de la poliza puede elegir que el interes se pague anualmente al conyuge sobreviviente, y que el principal se le pague a los niños cuando tengan la edad cierta o a la muerte del conyuge sobreviviente.



Examina to retention de Os ~~nuevos~~ **conceptos** que aprendiste. ~~Regresa al principio del capítulo para~~ repasar las instantaneas antes de **seguir** adelante.

•V. IMPUESTOS, JUBILACION, Y OTROS CONCEPTOS DE SEGUROS



Este capitulo le ayuda a ampliar sus conocimientos de seguros de vida. Le enseña acerca de una variedad de temas, tales como seguros de vida de grupo y planes específicos para las empresas, los planes de retiro, y las prestaciones de seguridad social. Finalmente, este capitulo proporcionará una descripción de las normas fiscales que se aplican a las primas e ingresos de seguros de vida.



Ir Tariraneal

- I. 1, Quien posee un contrato de seguro de vida de grupo? ¿Quiénes son partes del contrato? ¿Qué recibe el asegurado?
2. ¿Cuáles son algunas características del grupo importante para el aseguramiento?
1. ¿Cuál es la característica dominante de convertir una póliza de seguro de término de grupo a una de Vida Entera individual? ¿Qué es constante y qué cambia, la cantidad suscrita o la prima?
2. ¿Cuál es la diferencia entre los planes de seguro de vida de grupo contribuyentes y no contribuyentes?
3. ¿Qué requerimientos se deben cumplir para que un plan de jubilación sea aprobado?
4. ¿Quién puede contribuir a una IRA tradicional?
5. ¿Cuáles son las principales diferencias entre una cuenta IRA tradicional y Roth IRA?
6. ¿Cuáles son las consecuencias de retirar dinero de una IRA tradicional antes de los 59 años y medio de edad?
7. ¿Quién es elegible para ser cubierto bajo un plan Keogh?
8. ¿Cuál es el número máximo de participantes en un plan SIMPLE?
9. ¿Cómo se gravan los pagos de ingreso de un plan 403(b)?
10. ¿Cuál es el propósito de un seguro de persona slave?
11. En lo que respecta a la Seguridad Social, ¿Qué significa el término "plenamente asegurado"?
12. ¿Cuáles son algunas diferencias entre ser actualmente asegurado y parcialmente asegurado?
13. ¿Cómo se financia La Seguridad Social?
14. Si una persona recibe beneficios a la edad de 62 años, ¿cuál es el impacto en los beneficios de jubilación del mismo?
15. ¿Por qué es difícil calificar para los beneficios de Incapacidad del Seguro Social?
16. ¿Cómo se gravan los beneficios de muerte de un seguro de vida?
17. ¿Son normalmente deducibles de impuestos las primas de seguros de vida?
18. ¿Cómo se gravan los dividendos en las pólizas participantes?
19. Una póliza se entrega por su valor nominal. ¿Cómo sería si se gravara el valor en efectivo?
20. ¿Cuando una póliza de seguro de vida se convierte en un Contrato de Dotación Modificado?



- Vea en donde dedicar su valor o tiempo de estudio. Revise el Desglose de Examen Principio de este libro para ver el porcentaje del examen conforme a cada capítulo.

•A. TERCEROS DUEÑOS

•La mayoría de las pólizas de seguro se escriben a modo de que el asegurado y el dueño de la póliza son la misma persona. Sin embargo, hay las situaciones en las cuales el contrato se puede poseer por alguien a parte del asegurado. Estos tipos de contratos se conocen como propiedad de terceros.

La

mayoría de las pólizas que implican propiedad de terceras personas (terceros dueños) se escriben en situaciones de negocios o para menores de edad sobre quienes uno de los padres posee la póliza. *tercera persona* es un término usado para identificar al individuo o entidad que no está asegurado bajo el contrato, pero que posee un derecho legal aplicable bajo este.

B. SEGURO DE VIDA GRUPAL

En contraste con los seguros de vida individual, que está escrita en una sola vida, y en el que la tasa y la cobertura se basa en la suscripción de ese individuo, el seguro de vida de grupo se emite al patrocinador del grupo, que abarca la vida de más de un miembro individual de ese grupo. El seguro de grupo se escribe generalmente para grupos de empleados, pero otros tipos de grupos también son elegibles para la cobertura. Se escribe generalmente como seguro de término renovable. Dos características que distinguen al seguro de grupo del seguro individual son

x Generalmente no se requiere evidencia de asegurabilidad, y
x Los participantes (asegurados) bajo el plan no reciben una póliza, ni poseen o controlan la póliza.

En su lugar los participantes bajo un plan de seguro de grupo reciben certificado de seguro emitido como evidencia de su cobertura. La póliza o contrato maestro(o), se emite al patrocinador del grupo, que es a menudo un empleador. El patrocinador del grupo es el dueño de la póliza de seguro y es quien ejerce control sobre la póliza.

La suscripción de un grupo se diferencia de seguro individual. La evidencia de asegurabilidad no se requiere generalmente de cada participante a menos que este se esté alistando para tener cobertura fuera del período normal de la inscripción. En su lugar la suscripción de seguro de grupo se basa en las características del grupo y su conformación. Algunas características de interés para el suscriptor de grupo incluyen las siguientes

x Propósito del grupo - El grupo debe haber sido creado por un propósito a parte de obtener seguro colectivo.

x Tamaño del grupo - Cuanto mayor sea el número de personas en el grupo, más exactas serán las proyecciones de la experiencia de pérdida futura. Esto se basa en la ley de números grandes de riesgos similares.

x Fluctuación de empleados - El suscriptor desea que el grupo tenga un cambio constante de empleados nuevos de aquellos empleados con más antigüedad. Empleados más jóvenes y de bajo riesgo se inscriben mientras que los empleados más viejos, del alto riesgo se van.

x Fuerza financiera del grupo - Ya que el seguro de grupo es costoso de administrar, el suscriptor debe considerar si el grupo tiene los recursos financieros para pagar las primas del grupo y si es que está capacitado para renovar la cobertura.

Otro aspecto único del proceso de suscripción de grupo es que el costo de la cobertura está basado en la edad promedio del grupo y la proporción de mujeres a hombres. Además, para reducir la selección adversa el asegurado requiere un número mínimo de participantes en el grupo dependiendo de si el empleador los empleados pagar la prima.

1. PRIVILEGIO DE CONVERSION

Otra característica de seguro grupal es el privilegio de conversión. Si un empleado acaba su membresía del grupo asegurado, el empleado tiene el derecho de convertir a una póliza de vida individual *sin prueba de asegurabilidad* en una clasificación estándar de acuerdo con la edad lograda del individuo. La cantidad suscrita o el beneficio de muerte será igual a la cantidad

- suscrita del término de grupo pero la prima será más alta. Para ejercer la opción de conversión el empleado tiene generalmente un período de 10 días después de terminar la membresía del grupo. Durante este tiempo, todavía cubren al empleado bajo la póliza original del grupo.
- Otras reglas que se aplican a la conversión implican la muerte o la incapacidad del asegurado, y la terminación de la póliza principal. Si el asegurado muere durante el período de la conversión un beneficio de muerte igual a la cantidad máxima de seguro individual que habría sido emitido, debe ser pagado, ya sea que se haya completado la solicitud individual o no. Si se termina el contrato principal, se permitirá a cada individuo que haya estado en el plan por lo menos por 5 años convertirlo a seguro individual permanente de la misma cobertura.

• 2. CONTRIBUTIVA VS. NO CONTRIBUTIVA

- El empleador u otro patrocinador del grupo pueden pagar todas las primas o compartir parte de las primas con los empleados. Cuando un empleador paga todas las primas, se le refiere al plan como plan no-contributivo ("vida contributiva"). Bajo un plan no-contributivo, un asegurador requerirá que el 100% de los empleados elegibles se incluya en el plan. Cuando las primas para el seguro colectivo se comparten entre el patrón y los empleados, se le refiere al plan como contributivo. Bajo plan contributivo, un asegurador requerirá que 75% de los empleados elegibles se incluya en el plan.

• C. PLANES DE JUBILACION

• 1. PLANES CALIFICADOS Y NO CALIFICADOS

- Un plan de retiro calificado es aprobado por el IRS, que entonces da las ventajas al patrón y al empleado en contribuciones deducibles y del crecimiento diferido de impuestos.
- Los planes calificados tienen de tener las siguientes características:
 - x Son diseñados para el beneficio exclusivo del empleado y de sus beneficiarios
 - x Son escritos formalmente y comunicados a los empleados
 - x Usan una fórmula de beneficios o de contribución que no discrimina a favor del *grupo prohibido* - oficiales, accionistas, o los empleados de alta paga
 - x No son implementados exclusivamente para el grupo prohibido
 - x Son permanentes
 - x Son aprobados por el IRS
 - x Tienen requisitos para la obtención de derechos
- En contraste, los planes no-calificados no se requiere que sigan las pautas con respecto a la participación, discriminación, y adquisición de derechos ("vesting," por sus siglas en inglés). Los planes no-calificados no requieren ninguna aprobación del gobierno y se utilizan por el empleador como medio para discriminar en favor de un empleado valioso con respecto a los beneficios del empleado. Los planes no-calificados aceptan contribuciones después de impuestos.
- La tabla abajo destaca las diferencias entre los planes de retiro calificados y no calificados.

CALIFICADO	NO CALIFICADO
Contribuciones actualmente DEDUCIBLES DE IMPUESTOS	Contribuciones actualmente NO DEDUCIBLES DE IMPUESTOS
Plan APROBADO por el IRS	Plan NO NECESITA APRUEBO DEL IRS
Plan NO PUEDE DISCRIMINAR	Plan PUEDE DISCRIMINAR
Ganancias crecen DIFERIDOS de IMPUESTOS	Ganancias crecen DIFERIDOS de IMPUESTOS
Se GRAVAN TODOS LOS RETIROS	EXCESO sobre la base es GRAVABLE

2. CUENTAS INDIVIDUALES DE JUBILACION (IRAs)

Los 2 planes mas comunes de jubilación individual calificada son los planes de IRA tradicionales y IRA Roth. Cualquier persona con rentas de trabajo puede aportar a cualquiera de los planes.

Una cuenta de jubilación individual (IRA, por sus siglas en ingles) les permite a las personas poder aportar con Mares antes de impuestos hasta la edad de 70 años y medio. Se permite que los participantes del plan aporten hasta un limite específico de Mares o 100% de su salario si es menos de la cantidad máxima permitida. Los individuos que tengan 50 años o mas, tienen derecho a hacer aportes adicionales *paraponerse al día*. Un matrimonio podría aportar una cantidad específica que es el doble de la cantidad individual, adn si una persona conto con rentas de trabajo. Se requiere que cada conyuge mantenga una cuenta por separado que no exceda al limite individual. En las IRA tradicionales, las extracciones podrían comenzar a la edad de 59 años y medio pero no mas de 70 años y medio.

El plan de IRA Roth es una forma de una cuenta de jubilación individual con contribuciones despues de impuestos. En contraste con un plan IRA tradicional, en el plan Roth las contribuciones pueden continuar mas alla de la edad de 70 1/2, y las distributions no tienen que comenzar a la edad de 70 V2. IRAs Roth crecen libres de impuesto mientras la cuenta esta abierta por lo menos 5 años.

TRATAMIENTO DE IMPUESTOS DE PLANES DE IRAY IRA ROTH

Las siguientes reglas impositivas se aplican a las contribuciones efectuadas a los planes de jubilación individual tradicional (IRA):

- xContribuciones deducibles de impuestos para el año de la contribution (en base al ingreso de la persona);
- xContribuciones deben hacerse en efectivo para que se deducibles de impuestos;
- xIngresos deducibles de impuestos, es decir que el dinero que se acumula en la cuenta no es gravable hasta que se extrae.

Una distribución de una cuenta IRA esta sujeta a impuestos a las ganancias el año en el que se efectda dicha extracción. En caso de una distribución temprana, también se aplicara una penalidad del 10%.

Sin embargo, existen ciertas condiciones que le permitirían a la compañía dispensar de la obligación de pagar el 10% por retiros prematuros:

- xEl participante tiene 59 años y medio;
- xEl participante este. totalmente incapacitado;

• *Im uestos, Jubilation, Otros Conce tos de Se uros*

- x Se usa el dinero para el anticipo para una casa (que no exceda a los \$10,000 y que generalmente es para compradores pot primera vez);
- x Los retiros son para gastos de education terciaria;
- x Los retiros son para gastos medicos importantes (catastrofieos), o por fallecimiento.

• Las siguientes reglas impositivas se aplican a los planes de IRA Roth:

- x Contribuciones no son deducibles de impuestos;
- x Contribuciones en exceso de prima son sujetas a una multa de impuesto de 6%.

IRA Traditional	IRA Roth
Contribuye 100% del ingreso ganado hasta un limite especificado	
La Multa de Contribution en Exceso es del 6%	
Crece diferido de impuesto	Crece libre de impuesto (si la cuenta ha estado abierta por 5 arms)
Las contribuciones son deducibles de impuestos (Hechas con "Dolares-antes-de-impuestos")	Las contribuciones no son deducibles de impuestos (Hechas con "Dolares-despues-de-impuestos")
Multa de 10% por distribuciones tempranas no-ealificadas (algunas excepciones)	Las distribuciones calificadas no pueden ocurrir hasta los 5 atios de abrir la cuenta y el titular tiene 59 V2 atio de edad. Las distribuciones no son gravables
Los pagos deben comenzar a la edad de 70Y2	Los pagos no tienen que comenzar a la edad de 70 ¹ / 2
Las IRAs Tradicionales se pueden convertir a IRAs Roth si el sueldo bruto ajustado del titular es menor a \$100 mil, pagando impuestos sobre toda las contribution deducible y ganancias.	

• **RENOVACIONES Y TRANSFERENCIAS**

- Existen situaciones en las cuales una persona puede elegir mover el dinero de un plan de jubilacion calificado a otro plan de jubilacion calificado. Sin embargo, los beneficios que se retiran de cualquier plan de jubilacion calificado estan sujetos a impuestos en el alio en el cual se reciben si el dinero no se mueve correctarnente. Hay dos maneras de lograr esto: una **renovation** (reinversion o "rollover") y una transferencia de un fideicomisario at otro.

• Una renovation ("rollover" por sus siglas en ingles) es una distribucion libre de impuestos de dinero en efectivo de un plan de retiro a otro. Generalmente, las renovaciones de un IRA, se **deben completar** dentro de 60 dias a partir del moment() que el dinero se saca del primer plan. Si la distribucion del primer plan se paga *directamente al participante*, el 20% de la distribucion se deben retener por el pagador. El 20% de retention de los fondos se puede evitar si la distribuciOn se efectile *directamente desde el primer plan al fideicornisario o administrador / custodio del nuevo plan del IRA*. Esto se conoce coma renovation directa.

- El tonnino **transferencia (o transferencia directa)** refiere a una transferencia de fondos libre de impuestos de un programa de retiro plan de IRA traditional o una transferencia del interes en un plan de IRA de un fideicomisario directamente a otro.

3. PLANES PARA EMPLEADORES

Los distintos tipos de planes calificados están disponibles y han sido asignados para que ambos empleadores de menor y mayor escala lo usen.

PLANES PARA EMPLEADOS POR CUENTA PROPIA (HR-10 o KEOGH)

Los planes para empleados por cuenta propia, Keogh o HR-10, permiten que los trabajadores independientes estén cubiertos bajo un plan de jubilación aprobado por el IRS. Estos planes les permiten financiar sus programas de jubilación con intereses antes de impuesto como si estuviesen bajo un plan de jubilación corporativo. Para estar cubierto bajo plan de jubilación de Keogh, la persona debe ser independiente o un socio de medio o tiempo completo que sea dueño de por lo menos el 10% del negocio.

Los límites de la contribución son el menor del límite de (intereses establecido o 100% del ingreso total obtenido). La contribución es deducible de impuestos, y se acumula diferido de impuesto hasta el retiro.

Sobre la muerte de un participante, los pagos totales pueden estar disponibles inmediatamente. Si un participante se incapacita, él o ella puede cobrar beneficios inmediatamente o los fondos se pueden dejar a que se acumulen. Cuando un participante se jubila, la distribución de fondos no debe ocurrir antes de los 59½, y no después de los 70½. Si se retira antes de los 59½, hay una multa del 10%. Los pagos se pueden discontinuar en cualquier momento sin multa, y los fondos se pueden dejar a que se acumulen.

Bajo requisitos de la elegibilidad, un individuo que tenga por lo menos 21 años de edad, haya trabajado para una persona independiente por un año o más y trabaje por lo menos 1,000 horas por año (tiempo completo) debe ser incluido en el plan de Keogh. El empleador debe contribuir el mismo porcentaje de fondos en la cuenta de jubilación del empleado mientras que contribuya en su propia cuenta.

PENSION SIMPLIFICADA DEL EMPLEADO (SEP)

Una pensión simplificada del empleado (SEP en inglés) es un tipo de plan calificado diseñado para el pequeño empleador. SEP es un arreglo por el cual un empleado establece y mantiene una cuenta de jubilación individual en la cual contribuye el empleador. Las contribuciones del empleador no se incluyen en el ingreso bruto del empleado. La diferencia primaria entre un SEP y un IRA es la cantidad mucho mayor que se puede contribuir cada año a un SEP (\$50,000 en 2012 o 25% de la remuneración del empleado, lo que sea menor).

PLANES SIMPLE

Un plan "SIMPLE" (*Plan de Ahorro con Incentivo de Igualación para Empleados*) es disponible para las pequeñas empresas que emplean a **no más que 100** empleados que reciban por lo menos \$5,000 en remuneración del empleador durante el año anterior. Además, para establecer un plan SIMPLE, el empleador no debe tener un plan calificado situado. Bajo estos planes, los empleados que eligen participar pueden diferir hasta una cantidad especificada cada año, y el empleador después hace una contribución a la par, **Mar** por dólar hasta una cantidad igual al 3% de la remuneración anual del empleado. Los impuestos se diferan en ambas contribuciones y **ganancias** se retiran los fondos.

•PLANES DE 401(K)

•Los planes de participation en las utilidades son planes calificados en donde una porciOn de las ganancias de una compailia se contribuye al plan y se comparte con los empleados. Un plan de jubilation aprobado 401(k) permite que los empleados tomen una reduccion en sus sueldos actuales al diferir las cantidades en un plan de jubilation. La compailia puede tambien emparejar la contribution del empleado, ya sea Mar por &Mar o en base de un porcentaje. Si el plan no proporciona una formula definida para calcular los beneficios que se compartiran, las contribuciones del empleador deben ser sistematicas y substanciales.

•Baja un plan 401(k), los participantes pueden elegir recibir compensaciOn gravable en efectivo o contribuir el dinero en el 401(k), designado *los planes del arreglo del efectivo y diferido* (CODA en ingles). Las contribuciones en el plan se excluyen del ingreso bruto del empleado individual hasta una cantidad maxima en &Mares. La cantidad maxima se ajusta anualmente segian la inflacion. El plan les permite a los participantes que tienen 50 afios de edad o mas hacer contribuciones adicionales ("catch-up" por sus siglas in ingles) — hasta el limite — al final del alio calendario.

•Un plan 401 (k) se puede organizar como:

1. Plan de reduccion de salario puro;
2. Un plan de bono; o
3. Un plan economic° de ahorro.

•Bajo el plan de bono o un plan economic° de ahorro, el empleador contribuidr cierta cantidad o porcentaje por cada &Mar contribuido por el empleado; sin embargo, las contribuciones del empleado no se requieren siempre.

•Los planes permiten el retiro prematuro del dinero por razones de dificultades especificas ya sea por muerte o incapacidad; los prestamos tambien son permitidos en ciertos casos por hasta un 50% de los beneficios establecidos del participante o hasta \$50,000.

•ANUALIDADES DIFERIDAS DE IMPUESTOS DE 403(B) (TSA)

•Las anualidades diferidas de impuestos (TSA, por sus siglas en ingles), tambien conocidas como las anualidades protegidas de impuestos, o el plan de 403(b), son los planes calificados disponibles a los ciertos grupos de los empleados de caridad no lucrativo bajo la Seccion 501 (c) (3) delCodigo de Rentas Internas, asi como todos los empleados en la education pnblica.

•Las contribuciones se pueden hacer por el bien del empleador o por el empleado a traves de la reduccion de sueldos. Como cualquier otro plan calificado, el plan de 403(b) limita las contribuciones de los empleados a una cantidad maxima que los cambios anuales, reajustados segian la inflaciOn. Las mismas contribuciones adicionales de actualizaciOn ("catch up" por sus siglas en ingles) se aplican tambien.

	HR-10	SEP	SIMPLE	401(k)	403(b)- TSA
Keogh					
Elegibilidad	Empleados por cuenta propia	Empleados por cuenta propia o pequeños empresarios	Pequeños empresarios	Cualquier empleador	Organizaciones sin fines de lucro
Contribuyentes	Empleador y empleado	Empleador y empleado	Empleador y empleado	Empleador y empleado	Empleador y empleado

D. NECESIDADES Y ANALISIS DE SEGUROS DE VIDA/ADECUACIDAD

1. NECESIDADES PERSONALES DE SEGUROS

La muerte del asalariado principal usualmente detendra el flujo de ingreso a una familia. La muerte de un conyuge que no gana pero cuida a los niños menores puede ser igualmente devastadora financieramente. El seguro de vida puede proporcionar los fondos necesarios para los sobrevivientes del asegurado para mantener su forma de vida en caso de su muerte. El planificar para la protection del sobreviviente requiere de un examen cuidadoso de los activos actuales y las responsabilidades tanto como determinar acerca de las necesidades que podra tener el sobreviviente.

ACUMULACION DE VALOR EN EFECTIVO

El seguro de vida se puede utilizar para acumular cantidades especificas de dinero para las necesidades con la garantia de que la cantidad de dinero estard disponible cuando se necesite. *Por ejemplo* algunas polizas de seguro de vida se acumulan valor en efectivo que esta disponible al duefio de la poliza durante la vigencia de la Ohm..

LIQUIDEZ

Debido a la característica del valor en efectivo, algunas polizas de seguro de vida le proporcionan la liquidez al duefio de la poliza. Es decir, los valores en efectivo se pueden pedir prestados en cualquier momento y se pueden utilizar para las necesidades inmediatas.

CREACION DE BIENES (PATRIMONIO)

Una persona puede crear bienes con ganancias, ahorros, e inversiones durante un periodo de tiempo, pero todos estos metodos requieren de una action disciplinada. Si el tiempo no esta disponible, todo fallard. La compra del seguro de vida crea un bien inmediato. La creation del Bien es especialmente importante para familias jóvenes que todavia no ha tenido tiempo para acumular. Cuando un asegurado compra una Oliza de seguro de vida, tendra un bien de por lo menos esa cantidad a pagar la primera prima. No hay otro metodo legal en donde un bien inmediato se crea a tan bajo costo.

•CONSERVACION DE BIENES

•El seguro de vida se puede utilizar para pagar los impuestos estatales de herencia y los impuestos federales de propiedad y evitar vender activos de la propiedad para pagar estos gastos.

•2. NECESIDADES DE SEGUROS DE NEGOCIO

•Las empresas utilizan el seguro de vida por la misma razón que los individuos lo utilizan: que crea un pago inmediato sobre la muerte del asegurado.

•El uso más común del seguro de vida por las empresas es un beneficio del empleado, que sirve como protección para los empleados y sus beneficiarios. Además de su uso como un beneficio al empleado, el seguro de vida y salud tiene una gran variedad de aplicaciones en negocios. Estos incluyen el financiamiento de acuerdos de continuación de negocios, compensación a ejecutivos, y la protección de la firma contra la pérdida financiera resultante de la muerte o incapacidad de los empleados claves.

•PERSONA CLAVE

•Un negocio puede sufrir una pérdida financiera debido a la muerte prematura de un empleado clave que posea conocimiento especializado, habilidades o contactos de negocio. Un negocio puede disminuir el riesgo de tal pérdida al hacer uso del **seguro de persona clave**.

•Con esta cobertura, el empleado clave es un asegurado, y el negocio es el

- x Aspirante;
- x Dueño;
- x Pagador de prima; y
- x Beneficiario.

•En el acontecimiento de la muerte de un empleado clave, el negocio utilizaría el dinero para los costos adicionales de hacer funcionar el negocio y reemplazar al empleado. El negocio no puede tomar una deducción fiscal por el costo de la prima. Sin embargo, si el empleado clave muere, los beneficios pagados al negocio son generalmente recibidos libres de impuestos. No hay acuerdos especiales o contratos necesarios excepto que el empleado necesita dar permiso para esta cobertura.

•FINANCIAMIENTO DE COMPRA -VENTA

•En el caso de muerte de un dueño o de un socio, el negocio se debe vender para liquidar los bienes del dueño. A menos que el dueño individual de un negocio (propietario Único) o de socios en un negocio hayan tomado medidas previas, la familia que sobrevive (o los socios) pueden ser forzados a vender el negocio a un precio de pérdida. Se utilizan los acuerdos de compraventa para establecer contractualmente el propósito de alguien más a comprar el negocio. El seguro de vida se utiliza para financiar el acuerdo de compra-venta. Cualquier tipo de seguro de vida se puede comprar para proporcionar los fondos necesarios para el acuerdo. El seguro se puede utilizar para financiar completamente o parcialmente el acuerdo de compra-venta.

•Acuerdos de compra-venta permiten al socio de la sociedad que compren la parte del socio difunto

•de su familia. Un acuerdo de compra-venta de sociedad puede ser un plan de compra o un plan de entidad. En el plan de compra **cruzada** cada socio implicado compra seguro sobre la vida de cada uno de los otros socios. Con el plan de compra-cruzada, cada socio es el dueño, pagador de prima, y beneficiario del seguro de vida en las vidas de los otros socios. La cantidad del seguro de

vida es igual a la parte de cada socio del precio de compra interes del socio difunto en el negocio cada parte de los socios del precio de compra del interes del socio difunto en el negocio. For el comprador, de la entidad, el negocio mismo esta obligado a comprar interes del cualquier socio difunto.

BONOS EJECUTIVOS

El *bona ejecutivo* (también conocido como el Plan de Sección 162) es un arreglo donde el patron ofrece dar al empleado un aumento salarial en la cantidad de la prima en una nueva poliza de seguro de vida sobre el empleado. El empleado es dueño de la poliza y por lo tanto tiene todo el control. Puesto que el patron trate el pago de prima como un aumento salarial, esa cantidad es excludible de impuestos al patron y sujeto a impuestos de ingresos para el empleado. Se asume que si el empleado no estuviera dispuesto a aceptar estas condiciones, el patron no proporcionaria el beneficio.

E. BENEFICIOS E IMPUESTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social (formalmente llamada Seguro de Incapacidad de los Sobrevivientes de Edad Avanzada - OASDI) es un programa federal decretado en 1935, que se diseña para proporcionar la protección para los trabajadores elegibles y sus dependientes contra la pérdida financiera debido a la edad avanzada, a la incapacidad o a la muerte. En otras palabras, el se puede pensar como el seguro de vida y salud federal. Es un factor importante que considerar cuando se determinan las necesidades de seguro de un individuo. Con pocas excepciones, todos los individuos están cubiertos por Seguridad Social.

La Seguridad Social utiliza el sistema del Cuarto de la Cobertura para determinar si o no califica a un individuo para los beneficios de Seguridad Social. El tipo y la cantidad de beneficios son determinados por la cantidad de créditos o cuarto de la cobertura que un trabajador ha ganado. Cualquier persona que trabaja en los trabajos cubiertos por Seguridad Social o que funciona su propio negocio puede ganar hasta un máximo de 4 créditos para cada año de trabajo.

El tannin()aseguro completamente se refiere a alguien que ha ganado 40 cuartos de la cobertura (el equivalente de 10 altos de trabajo), y por lo tanto se da derecho para recibir el retiro de la Seguridad Social, Medicare, y beneficios del sobreviviente.

Antes de convertirse asegurado completamente, los trabajadores puede alcanzar el **estado de** asegurado y por ese, califican para ciertos beneficios. Una persona es **considerada** asegurado si 0 o ella se ha ganado 6 creditos (o cuartas partes de la cobertura), durante el **13-cuarto periodo** **termina en el cuarto en el que el asegurado:**

xMuere:

xSe convierte elegible para los beneficios de seguro de discapacidad;

xSe convierte elegible para los beneficios de seguro de vejez

Para trabajadores mas jovenes, el niunero de los cuartos requeridos para calificar para los beneficios diferencia por la edad segun una tabla establecida por Seguridad Social.

La Seguridad Social se financia por los impuestos que se imponen sobre el salario ganado por el trabajador. Este es un impuesto de nomina de pago pagado por todos los empleados y empleadores, incluyendo individuos empleados independientemente. Este impuesto se impone a cierto porcentaje del ingreso del empleado, referido como el salario base sujeto a impuestos del empleado. El empleador deduce los impuestos del cheque del empleado y contribuye una cantidad igual. Parte del

- fondo de impuesto OASDI (llamado FICA), y parte del fondo de impuesto Medicare. Los empleados independientes pagan una cantidad que es equivalente a la contribucion del empleador y el empleado.

- Seguridad Social proporciona tres tipos de beneficios: Retiro, Incapacidad, y Sobrevivientes; tambien determina el derecho a los beneficios de Medicare (sin embargo, el programa de Medicare es administrado por una diversa agencia).

- Los **beneficios de jubilacion** comienzan cuando un trabajador que ha ganado los creditos requeridos de trabajo (40 trimestres de calendario o 10 altos de trabajo), cumple la edad de 65. Beneficios reducidos estan disponibles a la edad de 62 (aproximadamente 80% de los beneficios que habrian sido pagados a la edad de 65). La cantidad de beneficios de jubilacion que un trabajador recibira bajo Social Security se llama la **Cantidad de Seguro Primario (PIA)** y se basa en las ganancias promedio del trabajador, la edad del trabajador a la jubilacion, y cualquier ganancia adicional que el trabajador haga despues de la jubilacion.

- Adem as del trabajador, el conyuge del trabajador y los nifios dependientes (nifios bajo la edad de 18 o incapacitados antes de la edad de 22) tambien califican para los beneficios de jubilacion. Estos beneficios dependientes son iguales al 50% del PIA del trabajador. La cantidad de beneficios de Social Security sera reducida por un individuo de edad inferior a la edad del retiro completa quien continua trabajando y gana mas de una cantidad especifica que se ajusta periOdicamente.

- Los **Beneficios de Incapacidad** son disponibles para el trabajador totalmente cubierto que se incapacity total y permanentemente antes de la edad de 65. Los beneficios de Incapacidad de Seguridad Social son extremadamente difciles de obtener ya que se requiere que el trabajador no pueda dedicarse a ningun empleo lucrativo substancial, sin importar la ocupacion que tenia antes de ser incapacitado. La incapacidad se debe esperar que dure por lo menos 12 meses o que termine en la muerte del trabajador. Hay tambien un periodo de espera de 5 meses antes de que los beneficios comiencen. No hay beneficios pagables para incapacidad parcial.

- El conyuge y los nifios dependientes de un trabajador lisiado pueden tambien calificar para los beneficios por incapacidad. Como con los beneficios de jubilacion, estas cantidades son generalmente iguales al 50% del PIA del trabajador incapacitado.

- Los **beneficios de sobreviviente** son beneficios de muerte pagados al conyuge y a los nifios dependientes que sobreviven al trabajador bajo circunstancias especificadas. Un beneficio de entierro de suma total de \$255 se paga al conyuge quien esta viviendo con el trabajador a la hora de muerte, o un esposo o un nifio que es elegible para la Seguridad Social en el mes de la muerte del trabajador. En caso de muerte de un trabajador completamente (cubierto) asegurado, pagos mensuales de ingreso se pueden tambien pagar a los siguientes:

- x Conyuge sobreviviente: beneficios limitados son disponibles a la edad de 60, los beneficios totales son pagables a la edad completa del retiro (varia dependiendo del alio del nacimiento).

- **Conyuge sobreviviente o divorciado**, si es que esta al cuidado de un menor bajo edad 16 o un

- **nifio** incapacitado, algunas veces llamado beneficio de un padre. Cuando el menor cumpla 16 altos de edad, el padre de familia no es elegible para beneficios de Seguridad Social otra vez hasta que se jubile o a la edad de 60 ("Periodo de Suspension").

- x Los padres dependientes, de 62 altos de edad o mas.

- x Nifios solteros bajo la edad de 18 altos o nifios solteros bajo la edad 19 si son estudiantes de secundaria de tiempo completo.

F. IMPUESTOS DE PRIMAS, GANANCIAS, Y DIVIDENDOS DE SEGURO

1. SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

En términos generales, las siguientes reglas fiscales se aplican a los seguros de vida:

xPrimas: no son deducibles de impuestos;

xEl beneficio de muerte: libre de impuesto federal si es recibido como distribución de suma total para el beneficiario nombrado;

xEl beneficio de muerte pagado en cualquier otra forma aparte de suma total: la parte del ingreso contiene el principal es libre de impuestos, pero el interés está sujeto a impuestos.

CANTIDADES DISPONIBLES AL DUEÑO DE LA POLIZA

Como ya ha aprendido, el seguro de vida permanente proporciona beneficios en vida. Hay diversas formas en las cuales los dueños de las pólizas podrían recibir los beneficios de la póliza.

DIVIDENDOS

Puesto que los dividendos son la devolución de primas no usadas, no se consideran ingresos para propósitos de impuestos. Cuando los dividendos se dejan con el asegurador para acumular interés, el interés ganado en la cuenta del dividendo está sujeto a impuestos como ingreso ordinario cada año que se genere interés, sin importar si el interés es enviado al titular de la póliza.

INCREMENTO DE VALOR EN EFECTIVO

Cualquier aumento del valor en efectivo en la póliza puede ser prestado por el titular de la póliza, o se puede ser pagado al titular al retiro de la póliza. Los aumentos del valor en efectivo crecen diferidos de impuestos. Al retiro o a la madurez, cualquier valor en efectivo en exceso del costo base (pagos de prima) estará sujeto a impuestos como ingreso ordinario. A la muerte, la cantidad suscrita es pagada, y no hay valor en efectivo. Los beneficios por muerte se pagan generalmente al beneficiario libre de impuestos.

PRESTAMOS DE POLIZA

Un titular de póliza puede pedir prestado el valor en efectivo de la póliza. El dinero prestado del valor en efectivo no es ingreso sujeto a impuestos, pero la compañía de seguros cobra interés en préstamos contra la póliza pendientes. Los préstamos garantizados con una póliza de seguros pueden ser devueltos, con interés, de cualquier una de las siguientes maneras:

xPor el propietario mientras que la póliza esté en vigencia;

xEn el momento de rescate de la póliza o del vencimiento de la misma (se resta del valor en efectivo); o

xAl fallecer el asegurado (se resta del beneficio por muerte).

ENTREGAS

Cuando el titular de la póliza rescata o entrega una póliza, el valor en efectivo, algo del valor en efectivo recibido puede estar sujeto a impuestos como ingreso si el valor de rescate en efectivo

•Impuestos, Jubilation, y Otros Conceptos de Seguros

•excede la cantidad de la prima pagada por la poliza. Cuando el titular retira el valor en efectivo de una poliza de vida universal (entrega parcial), ambos el valor en efectivo y el beneficio de muerte se reducen por la cantidad del rescate.

•Ejemplo practico:

•Aqui esta un escenario:

•La cantidad de una poliza de seguro de vida es \$300,000 La prima pagada es \$70,000

•Valor en efectivo total es \$100,000

•Si el asegurado rescata \$30,000 de valor en efectivo, los \$30,000 en su totalidad serian libres de impuestos de ingreso. Si el asegurado hubiese sacado \$100,000 los ultimos \$30,000 hubieran estado sujetos a impuestos ya que \$100,000 excede las primas que se pagaron por \$30,000.

•BENEFICIOS ACELERADOS

•Cuando se pagan los beneficios acelerados bajo una poliza de seguro de vida a un asegurado terminal enfermo, los beneficios son recibidos exentos de impuestos. Cuando los beneficios acelerados se pagan a un asegurado cronico enfermo, estos beneficios son exentos de impuestos, conforme a una limitation.

•CANTIDADES RECIBIDAS POR EL BENEFICIARIO

REGLA GENERAL Y EXCEPCIONES

•Los ingresos del seguro de vida pagados a un beneficiario son generalmente ingresos libres de impuesto federal si son recibidos como distribution de suma total; sin embargo, ingresos de seguro de vida no pueden estar exentos de impuestos de ingreso si el pago de beneficio resulta de una *transferencia por valor en efectivo* (cesion). Si la poliza de seguro de vida se vende a otra persona antes de la muerte del asegurado, es una *transferencia por valor*.

•OPCIONES DE LIQUIDACION

•Con las opciones de liquidation, cuando el beneficiario recibe pagos que consisten de principal e

•interes, la portion del interes de los pagos recibidos esta sujeta a impuestos como ingreso. Ejemplo

practico:

•Si \$100,000 de ingresos del seguro de vida fueran utilizados en una option de liquidation que pague \$13,000 por año por 10 años, \$10,000 por año serian libres de impuesto de ingreso \$3,000 por año estaria sujeta a impuestos de ingreso.

SEGURO DE VIDA PERMANENTS	IMPUESTOS
Primas	No deducible de impuestos
Valor en efectivo excediendo primas pagados	Gravable en la entrega
Prestamos de pOliza	IIN° gravable
Dividendos de poliza	No gravable
Interes de dividendo	I Gravable en el alio en que gang
Suma total de beneficio de muerte	No gravable

2. SEGURO DE VIDA GRUPAL

Las primas que un empleador paga por seguro de vida sobre un empleado, ya sea que la póliza sea para el beneficio del empleado, son deducibles de impuestos al empleador como costo de negocio. Esto incluye seguro de grupo (colectivo). En el seguro de termino del grupo, las primas que son atribuibles hasta los primeros \$50,000 de seguro de vida no son gravables al empleado.

Cualquier momento que un negocio es nombrado el beneficiario de una póliza de seguro de vida, o tiene un interes beneficiaso en la pOliza, ninguna prima que el negocio pague por el seguro no es deducible de impuestos. Por la tanto, cuando un negocio paga la prima por cualquiera de los arreglos siguientes, la prima no es deducible:

- xSeguro de Empleado (Persona) Clave.
- xRedencion de Valores o Acuerdo de Cornpra de Entidades.
- xSeguro de Dolar Dividido.

El valor en efectivo de una pOliza de seguro de vida poseida por un negocio o una poliza proporcionada por un empleador acumula en bases de impuestos-diferidos y se Brava de manera semejante a una poliza individualmente poseida.

Los Prestamos de Poliza no son gravables a negocios. A diferencia de un pagador de impuestos, una corporacion puede deducir el interes de un prestaino hasta de \$50,000 de una poliza de seguro de vida.

Los Beneficios de Muerte de una POLiza pagados bajo una poliza de seguro de vida de negocio o proporcionada por un empleador son recibidos exentos de impuestos por el beneficiario (en la misma forma que unas pOlizas poseidas individualmente).

3. CONTRATOS MODIFICADOS DE VIDA E INVERSIONES (MECS)

Despues de la elimination de muchas protecciones fiscales tradicionales por el Decreto de Reforma 1984, el seguro de vida de prima simple podria proporcionar los duefios de las polizas la mayor ventaja fiscal. Por lo tanto, muchos de estos tipos de polizas fueron comprados solamente con el proposito de colocar sumas grandes de dinero en ellos, recibiendo el crecimiento a impuesto-diferido, generando un flujo de efectivo exento de impuestos al obtener prestamos y entregas parciales de la poliza.

Paraacortar estaactividad, y para determinarsi una pOliza de segurosesexcesode financiaciOn, el IRS establecio que se conoce como la Prueba de 7 Pagos. Es decir la prima acumulativa pagada durante los primeros 7 ailos de una poliza no deben exceder la cantidad total de primas niveladas

• **netas** que serian requeridas para **salvar** la poliza que usa costos garantizados de la mortalidad e interes.

• Todas las polizas de seguro de vida estan sujetas a la prueba de 7 pagos, y en cualquier momento hay un cambio sustancial en la poliza (cualquier incremento en el beneficio por muerte), una nueva prueba de 7 pagos es requerida. Cualquier poliza de vida que falla en la prueba de 7 pagos es legalmente considerada ser un **Contrato de Dote Modificado** ("Modified Endowment Contract" o MEC por sus siglas en ingles), y pierde las ventajas de impuesto estandares de un contrato de seguro de vida. El beneficio de muerte recibida por el beneficiario es libre de impuestos.

• Las siguientes son las reglas de impuestos que se aplican al valor en efectivo de un **Contrato de Modificado (MEC)**:

- x Acumulaciones diferidas de impuestos;
- x Distribuciones estan sujetas a impuestos, incluyendo los retiros y prestamos de la poliza;
- Distribuciones se gravan basadas en la regla de interes al principio o "ultimo en entrar, primerº en salir" ("LIFO" - Last In, First Out, por sus siglas en ingles);
- x Distribuciones del valor en efectivo que ocurren antes de la edad 59 1/2, estan sujetas a una multa del 10%.

Consideraciones sobre Impuestos Federales de Seguro de Vida y Anualidades	
Primas	No deducibles (costo personal)
Beneficio de Muerte	Libres de Impuestos (a exception de interes)
Aumentos del Valor Efectivo	No Gravable (mientras poliza es en vigor)
Ganancias del Valor Efectivo	Gravadas a la entrega
Dividendos	No Gravable (devolution de primas no usadas; sin embargo, el interes es imponible)
Acumulaciones a Interes	Interés es Gravable
Prestamos de Poliza	No gravable de ingresos
Entregas	Valor de restate - primas pasadas = cantidad gravable
Entregas Parciales	Primero en Entrar Primero en Salir (FIFO)*
Opciones de Liquidación—Beneficios de Muerte Desplegados equitativamente en periodos de Ingreso (Promediados). Los pagos de interes en exceso de la portion de beneficio por muerte son gravables.	
Impuesto de Patrimonio—Si el asegurado es titular de la poliza, esta sera incluida en el patrimonio para propósitos de impuestos de patrimonio. Si la poliza se da (posiblemente a un fideicomiso) y el asegurado muere en un periodo de 3 años del regalo, el beneficio por muerte sera incluido como parte del patrimonio.	

• *FIFO se aplica solo al seguro de vida Anualidades siguen en formato LIFO.



Examina to retencion de los **11** conceptos que aprendiste. Regresa al principio del capítulo para repasar las Instantaneas antes de seguir adelante.

VI. PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO DE CAMPO



En este capítulo aprenderá sobre el contrato de seguro y las responsabilidades del productor al suscriptor y al nuevo tenedor de póliza. Primero aprenderá los requisitos específicos que los suscriptores deben seguir para evitar la selección adversa en contratos de grupo. Después esto aprenderá las características y requisitos específicos de un contrato. Desde las materias que implican contratos tener implicaciones legales, comprensión de diversas facetas del contrato es esencial para su función como productor.

Finalmente, el proceso de solicitud y de la entrega de la póliza será cubierto en detalle adicional, con sus responsabilidades generadas con respecto a firmas, entrega de la póliza y a la colección de prima. Todas estas facetas, de la anatomía de un contrato a su entrega, son esenciales para que entienda como un productor anticipado. Mucha de su responsabilidad legal está implicada con estos conceptos y procedimientos.



1. ¿Qué es un seguro?
2. ¿Cuáles son los cuatro elementos de un contrato de seguro?
1. ¿Qué significa el término "representación" y cómo se difiere de garantías?
2. ¿Quién completa generalmente la aplicación?
3. ¿Quién se requiere que firme la aplicación?
4. ¿Qué es una declaración de médico de cabecera y cuándo es necesario?
5. ¿Cómo puede una compañía de seguro usar la información que obtiene de la Agencia de Información Médica, (MIB por sus siglas en inglés)?
6. ¿Cuál es el propósito de la Ley de Informes Justos de Crédito?
7. ¿Cuál es la diferencia entre un informe del consumidor y un informe investigativo del consumidor?
8. ¿La prima no acompaña a la aplicación, qué debe el agente obtener del aspirante a la entrega de la póliza?
9. ¿Quién es responsable por entregar la póliza al asegurado y recoger la prima?



Vea y donde dedicar valioso tiempo de estudio/ 'Revise el Desglose de Examen al principio de este libro para ver qué porcentaje del examen Conforma Cada Capítulo,

A. CONCEPTOS Y DEFINICIONES FUNDAMENTALES

El **seguro transfiere** el riesgo de pérdida potencial de una persona o una empresa a una compañía de seguros, que alternativamente separa los costos de pérdidas inesperadas a muchos individuos. Si no hubiera un mecanismo de seguro, el costo de una pérdida tendría que ser llevado solamente por el individuo desafortunado que sufrió la pérdida.

Agente/Productor es una persona que actúa por otra persona o entidad conocida como principal con respecto a arreglos contractuales con los terceros; el representante legal de una compañía de seguros.

Contrato de Agente/Agencia es un contrato entre el asegurador y el agente/productor el cual contiene la autoridad expresa dada al agente/productor, describiendo los deberes y las responsabilidades hacia el principal. Si el agente viola el contrato de agencia (o acuerdo), puede ser

- personalmente responsable hacia el asegurador por romper el contrato.
- El aspirante o el asegurado propuesto es una persona que solicita o busca seguro de un
- asegurador.
- Beneficiario - la persona que recibe los beneficios de la póliza de seguro.
- Beneficio por Muerte (cantidad nominal/valor suscrito/cobertura) cantidad pagada cuando un reclamo se emite en contra de una póliza de seguro.
- Póliza de Seguro - Un contrato entre un dueño de póliza (y/o un asegurado) y una compañía de seguros la cual acuerda pagarle al asegurado o al beneficiario en caso de eventos específicos.
- Asegurado - la persona cubierta por la póliza de seguro quien puede o no puede ser el aspirante o el asegurado.
- Asegurador (principal) - la compañía que emite una póliza de seguro.
- Seguro de Vida - un contrato sobre la vida de una persona, y concediendo, comprando o
- disponiendo de anualidades.
- Dueño de Póliza - la persona que tiene el derecho de ejercer los derechos y privilegios en la póliza y que puede o no ser el asegurado.
- Prima - el dinero pagado a la compañía de seguros por la póliza de seguro.

• B. LEY CONTRACTUAL

• 1. ELEMENTOS DE UN CONTRATO

- Para que un contrato de seguro sea respaldado por la ley, debe tener las siguientes características esenciales:
 - 1. Acuerdo- oferta y aceptación;
 - 2. Consideración;
 - 1. Partes competentes; y
 - 2. Propósito legal.
- Debe haber una oferta definitiva por una parte, y esta oferta se debe aceptar en sus términos exactos por la otra parte. En seguros de vida o salud, por ejemplo, la oferta es hecha generalmente por el aspirante cuando la solicitud es sometida si la prima inicial no acompaña la solicitud. La aceptación ocurre cuando un suscriptor empleado por el asegurador aprueba la solicitud.
- La fuerza obligatoria en cualquier contrato es la consideración. Consideración es aquello de valor que cada parte le da a la otra. La consideración de parte de los asegurados es el pago de la prima y las declaraciones de salud hecha en la solicitud. La consideración de parte del asegurador es la promesa de pagar en el acontecimiento de una pérdida.
- Las partes a un contrato deben ser capaces de entrar en un contrato ante los ojos de la ley. Generalmente, esto requiere que las partes estén de edad legal y mentalmente competente para entender el contrato, y no estar bajo la influencia de drogas o alcohol.
- El propósito del contrato debe ser legal y no estar en contra de la política pública. Para asegurar el propósito legal de una póliza de seguro de vida, debe tener ambos: interés asegurable y consentimiento. Un contrato sin un propósito legal es considerado nulo y no puede ser aplicado por cualquier partido.

• 2. INTERÉS ASEGUABLE

- El interés asegurable se comprueba por amor y afecto, pérdida económica o financiera. En seguros de vida y seguro médico, se requiere a la hora de la emisión de la póliza.

3. GARANTÍAS Y REPRESENTACIONES

Una **garantía** es una declaración absolutamente verdadera de la cual depende la validez de la póliza de seguro. La abertura de garantías puede resultar en la anulación de la póliza o una devolución de la prima. Debido a tal definición terminante, las declaraciones hechas por los aspirantes para las pólizas de seguro de vida y salud no se consideran las garantías, excepto en casos del fraude.

Las **representaciones** son declaraciones creídas ser verdades al mejor conocimiento de uno, pero no están garantizadas ser verdades. Para los propósitos del seguro, las declaraciones verídicas son las respuestas que el asegurado da cuando responde a las preguntas en la solicitud de seguro.

Declaraciones falsas en la solicitud son consideradas las **representaciones inexactas** o malas declaraciones, y pueden anular el contrato. Una **mala declaración material** es una declaración que, si se descubre, se altera la decisión del aseguramiento de la compañía de seguros. Además, si las malas declaraciones son intencionales se consideran un fraude.

4 CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE CONTRATOS DE SALUD C

CONDICIONAL

Como indica el nombre, un *contrato condicional* exige que ciertas condiciones se deben cumplir por el dueño de la póliza y la compañía para que el contrato sea ejecutado, y antes de cada participante cumplir sus obligaciones. *Por ejemplo* el asegurado debe pagar la prima y proporcionar una prueba de la pérdida antes que el asegurador cubrir una demanda.

UNILATERAL

En un *contrato unilateral*, solo una de las partes en el contrato está obligada a hacer lo que sea. El asegurado no hace ninguna promesa que sea legalmente una obligación. Sin embargo, el asegurador está legalmente obligado a pagar pérdidas cubiertas por la póliza que está en efecto.

ADHESION

Un *contrato de adhesión* se prepara por una de las partes (el asegurador) y es aceptado o declinado por la otra parte (el asegurado). Pólizas de seguro no se forman a través de negociaciones, y un asegurado tiene poco que decir acerca de sus disposiciones. Es decir, el contrato está ofrecido por un asegurador en base a "tómalo o déjalo."

C. LLENAR LA SOLICITUD Y OBTENER LAS FIRMAS NECESARIAS

La solicitud es completada generalmente por el agente y un examinador médico (si es aplicable) en base de la información recibida del aspirante sobre la vida o la salud del asegurado propuesto. Las 3 participantes que deben **firmar** el formulario de solicitud son

- x El agente
- x El aspirante
- x El asegurado propuesto (si es alguien a excepción del aspirante).

•D. EXPLICANDO LAS FUENTES DE INFORMACION DE ASEGURABILIDAD

•Para poder determinar la asegurabilidad del aspirante, el asegurador puede utilizar varias fuentes, tales como el reporte de la Oficina de Information Medica (MIB en ingles), para recopilar la informaciOn de aseguramiento. El aspirante debe ser aconsejado acerca de las fuentes a utilizar y como se recopila la information. Todas las fuentes utilizadas para verificar la asegurabilidad deben cumplir con la Ley de Informes Justos de Credit°.

1. REPORTE DEL MEDICO QUE ATIENDE

•Si el asegurador lo juzga necesario, una declaracion del medico que atiende (APS) sera enviada al doctor del aspirante para que sea llenada. Esta fuente de la informaciOn es la mejor para la informaciOn exacta sobre el historial medico del aspirante. El medico puede explicar exactamente para lo que trataron al aspirante, el tratamiento requerido, la cantidad de tiempo de tratamiento y de su recuperation, y el diagnostico.

2 REPORTESE DE LA INFORMACION MEDICA Y DE CONSUMIDOR

•Para los aspirantes de cantidades mas altas de cobertura, o si la aplicacion plantea preguntas adicionales referentes a la salud del asegurado prospecto, el asegurador puede requerir un examen medico como information adicional. Dependiendo de la razon' del examen medico, hay dos opciones:

1. El asegurador puede solicitar solamente un informe paramedic° que sea llenado por un paramedic° o una enfermera registrada;
2. El asegurador puede requerir la declaraciOn del medico de cabecera que haya tratado al aspirante por un problema medico anterior.

•Ademas del informe paramedic° y la declaracion del medico de cabecera, el asegurador se suele solicitar un informe de la Agenda de Information Medica (MIB en ingles: "Medical Information Bureau").

•La MIB es una corporation de miembros, y es propiedad de cientos de compai—as de seguros. Es decir, los aseguradores son los miembros del MIB. Es una organization comercial no lucrativa que recibe la information medica adversa de las diferentes companias de seguros y mantiene confidential la informaciOn medica de la incapacidad severa sobre individuos. Es un metodo sistematico para que las compaiias comparen la information que han recogido sobre un asegurado potencial con la informaciOn que otros aseguradores pudieron haber descubierto. El MIB debe ser utilizado solamente como asistencia para que los aseguradores determinen que areas de incapacidad severa pueden ser requeridas de una investigaciOn. Un cliente no puede ser rechazado simplemente debido a cierta information adversa descubierta a traves del MIB.

• 3 LA LEY DE INFORMES JUSTOS DE CREDITO

•La Ley de Informes Imparciales de Credits) estableci6 los procedimientos que las agencias de divulgacion de Credit() deben seguir para asegurar que los datos sean confidenciales, preciso relevantes y usados apropiadamente. La ley tambien protege al consumidor en contra de la circulation de informaciOn inexacta u obsoleta.

La aceptabilidad de un riesgo es determinada comprobando el riesgo individual contra muchos factores relacionados directamente con el potencial del riesgo para saber si hay perdida. Además de estos factores, un suscriptor solicitara a veces la información adicional sobre un riesgo en particular de una fuente exterior. Estos informes generalmente caen dentro de 2 categorías: Reportes del Consumidor y Reportes Investigativos del Consumidor. Los reportes del consumidor y los reportes investigativos se pueden utilizar solamente por alguien con un propósito legítimo de negocio, incluyendo suscribir al seguro, investigación de empleo, y operaciones de crédito.

REPORTE DE CONSUMIDOR

Los informes del consumidor incluyen la información escrita y/o oral concerniente al crédito, catheter, reputación, o hábitos de un consumidor recaudados por una agencia de reporte de expedientes de empleo, de informes de crédito, y de otras fuentes públicas.

REPORTE DE INSPECCION DE CONSUMIDOR

Los informes investigativos del consumidor son similares a los informes del consumidor en el aspecto que también proporcionan la información del catheter, reputación, y hábitos del consumidor. La principal diferencia es que la información se obtiene a través de una investigación y entrevistas con los asociados, amigos y vecinos del consumidor. En contraste a los reportes del consumidor, estos informes no pueden ser hechos a menos que se notifique al consumidor por escrito sobre el informe en un plazo de 3 días a partir de la fecha en que el informe fue solicitado.

El consumidor

debe ser notificado de su derecho a solicitar la información adicional referente al informe, y el asegurador o la agencia de divulgación tiene 5 días para proveer al consumidor la información adicional.

4. REPORTE DE EXAMEN MEDICO

Los exámenes médicos, cuando son requeridas por la compañía de seguros, son conducidas por los médicos o paramédicos a costas de la compañía de seguro. Tales exámenes no se requieren generalmente con respecto a seguro médico, así recalcando la importancia de que el agente archive la información médica en la aplicación. El requisito del examen médico es más común que en el aseguramiento del seguro de vida. Si un asegurador pide un examen médico, el asegurador es responsable por los costos del examen.

La forma del consentimiento de VIH proporciona a la compañía de seguros la autorización de probar para la presencia del virus de VIH y se aplica a todas las pólizas de vida y salud emitidas en este estado. El aseguramiento para el VIH o el SIDA se permite mientras no sea discriminatoriamente injusto (la declinación es posible). Una decisión adversa de aseguramiento no se permite si esta basada solamente en síntomas, pero solamente si el VIH se confirma en lo referente a los síntomas. Las compañías de seguros deben mantener una confidencialidad estricta con respecto a cualquier resultado o diagnóstico relacionado a la prueba de VIH.

E. PAGO DE PRIMA INICIAL, RECIBO, Y CONSECUENCIAS DEL RECIBO

Generalmente, una prima inicial se cobra por una póliza de seguro médico y se le envía al asegurador con la aplicación. Un recibo condicional es dado al aspirante por el agente. Sin embargo, la cobertura no puede comenzar hasta que el asegurador haya aprobado la aplicación y haya emitido la póliza. El agente no puede cerrar el trato de cobertura.

•1. NO HAY PRIMA INICIAL CON LA SOLICITUD

•En los casos donde la prima no acompañe la aplicación para el seguro, a la entrega, el agente debe cobrar la prima y obtener una declaración de la continua buena salud del aspirante antes de liberar la póliza.

F. ENVÍO DE LA SOLICITUD A LA COMPAMA PARA EL ASEGURAMIENTO

•El agente es obligado a verificar la aplicación para asegurarse de que se hayan contestado todas las preguntas y se hayan obtenido todas las firmas necesarias. El agente entonces envía la aplicación al asegurador.

A. ASEGURAR LA ENTREGA DE LA PÓLIZA Y LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL ASPIRANTE

•El agente tiene la responsabilidad de entregar la póliza al asegurado y de cobrar la prima que se puede vencer al momento de la entrega.

A. EXPLICANDO LA PÓLIZA Y SUS PROVISIONES, ENDOSOS, EXCLUSIONES, Y CLASIFICACIONES AL CLIENTE

•El agente tiene la responsabilidad de proveer al asegurado una explicación de los beneficios y de las provisiones principales de la Ohm. Si la póliza se emite con cualquier cambio o enmienda, se requiere del agente que explique cada cambio así como el obtener la firma del asegurado reconociendo estas adendas.

•I . REEMPLAZO

•Cuando un agente intenta sustituir la póliza actual del seguro médico del asegurado por una nueva el agente necesita tener cuidado de no engañar al asegurado o de no proporcionar una cobertura perjudicial al asegurado. Es la responsabilidad del agente de comparar cuidadosamente los beneficios, las limitaciones y las exclusiones encontradas en la Ohm corriente y la Ohm propuesta de reemplazo. **El agente también debe asegurarse de que la póliza actual no es cancelada antes de que la nueva póliza se publicara en breve.**

•Una condición pre-existente es una consideración muy importante durante el reemplazo de la WIZ. Una condición pre-existente es una condición médica para la cual un asegurado habría buscado consejo o tratamiento médico dentro de un período de tiempo determinado antes de que la Olin. se emitiera. Las condiciones de la salud cubiertas bajo la Olin actual no se pueden cubrir bajo una nueva póliza debido a las limitaciones de condiciones pre-existentes, o los nuevos períodos de espera pueden ser establecidos en una nueva

•El aseguramiento es importante cuando el reemplazo está involucrado. Es el deber de un asegurador el evaluar el riesgo y decidir si **es que** una persona es elegible o no para cobertura. El asegurado puede estar bajo la asunción que el reemplazo a una póliza puede ser de su conveniencia, pero después de ser evaluado por el asegurador, en donde la prima y el riesgo se intercambian, un asegurado puede no pagar la misma prima o recibir los mismos beneficios.

Por ejemplo, cuando una persona se evalúa, la edad se toma en consideración. Cuando Robert aplica para seguro de salud a la edad de 25, como no fumador, sin problemas de salud, generalmente tendrá una prima diferente a la que tendría si aplica para una póliza de reemplazo a la edad de 45, después de sufrir un ataque cardíaco, de haber fumado por 15 años. Asumamos que Robert, a la edad de 25, paga una prima excesiva debido a una póliza con precio alto. ¿Qué pasa a la edad de 45? Robert es evaluado, tomando en cuenta la edad y salud (aparte de otros factores) y las primas serán más altas debido a estos factores; aun que se le haya dicho a Robert que estaba pagando primas excesivas en su prima original, cuando una nueva póliza se escribe, se le juzga en los factores que afectan su póliza en ese momento, no al momento cuando se escribió la póliza original. El aseguramiento en reemplazos es importante porque una póliza de seguro generalmente no será reemplazada por una póliza con los mismos factores que su póliza anterior.



Examina los conceptos nuevos que aprendiste. Regresa al principio del capítulo para repasar instantáneamente antes de seguir adelante.

XI. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS COMUNES PARA LOS SEGUROS DE VIDA Y DE SALUD

Hasta ahora, los conceptos que se han cubierto han sido los que se aplican a la industria de seguro en general. Luego de haber examinado las pólizas de seguro y sus provisiones, puede enfocarse en los reglamentos y definiciones que solo se aplican a este estado. Aprenderá sobre una variedad de temas, desde los deberes del Departamento de Seguro

hasta la concesión de licencias. Este capítulo está lleno de definiciones y de cantidades para plazos

de tiempo y montos en dólares. Asegúrese de memorizarlos ya que aparecerán en el examen.



1. ¿Cuáles son los deberes principales del Comisionado?
2. ¿Cuándo puede el Comisionado examinar los registros de un productor (un agente)?
3. ¿Qué factores ayudan a determinar la cantidad de una sanción administrativa?
4. ¿Cuál es la diferencia entre las compañías de seguros domésticas, extranjeras y ajenas?
5. ¿Cuál es la diferencia entre una compañía de acciones y una compañía mutua?
6. ¿Cuál es la diferencia entre un asegurador que está autorizado y uno no autorizado?
7. ¿A quién le representan los agentes?
8. ¿Por cuánto tiempo está en efecto una licencia temporánea?
9. Si la licencia de un productor ha sido revocada, ¿por cuánto tiempo debe esperar el productor antes de solicitar una nueva licencia?



Revise el Desglose de Examen al principio de este libro para ver que porcentajes del examen corresponden a cada capítulo.

A. COMISIONADO DEL SEGUROS 1. PODERES Y DEBERES GENERALES

El Comisionado es el funcionario ejecutivo y administrativo del Departamento de Seguros del Estado. El Comisionado debe ser un ciudadano del estado de Texas, debe estar bien informado y calificado en el ramo de seguros y regulación de seguros, y tener por lo menos 5 años de experiencia en administración de negocios o gobierno o como abogado practicante o contador público certificado y debe tener experiencia en materias de seguro. El Comisionado es asignado por el gobernador por un término de 2 años el cual termina en febrero de cada año impar. El Comisionado tiene el poder y la autoridad de hacer todas las reglas y regulaciones razonables para los siguientes propósitos:

Para regular los asuntos internos del departamento de seguro

Para prescribir las formas y los procedimientos que se seguirán en asuntos ante el departamento

Para ayudar en la interpretación de cualquier ley de seguro del estado

Para aplicar las sanciones, multas, denegación, suspensiones o revocaciones de las licencias y los certificados de autoridad.

2. REVISION DE REGISTROS

El Comisionado debe examinar a los aseguradores por lo menos una vez cada 5 años. El Comisionado debe examinar a cada asegurador su condición financiera, su habilidad para cumplir con sus responsabilidades y su conformidad con leyes estatales. Este requerimiento de examinarse aplica a los aseguradores organizados bajo leyes de Texas así como a los aseguradores transitorios y extranjeros.

El costo de los exámenes es responsabilidad de la compañía de seguros que se examina. **QUEJAS**

Se requiere que tanto el Comisionado como el Departamento de Seguros establezcan un programa para facilitar la resolución de las quejas presentadas por los titulares de las pólizas. Si el Departamento recibe una queja por escrito, este notificará a cada parte sobre el estado actual de su reclamación por lo menos cada tres meses. Esta entidad también guardará un archivo con información sobre cada queja que se ha presentado.

3. INVESTIGACIONES, AVISOS DE AUDIENCIA, Y PENALIDADES

El Comisionado puede investigar las prácticas de cualquier persona dedicada al negocio de seguros dentro del estado.

Si el Comisionado cree que cualquier agente licenciado se dedica a cualquier forma de método injusto de competencia, práctica de comercio, o que una persona licenciada se involucre en la venta de seguros, puede emitir una orden de cesar y desistir de emergencia, enviada por correo certificado o registrado. La orden debe indicar los cargos y exigir a la persona que cese y desista de inmediato los actos, métodos o prácticas. La orden debe también explicar el derecho de la persona objetada de la carta.

La persona objetada de los cargos puede requerir una audiencia para disputar o revisar los cargos. La petición debe hacerse durante los primeros 30 días de la orden de cesar y desistir. La audiencia para demostrar la causa por la cual la orden de cesar y desistir no se debería afirmar o modificar debe ser sostenida para el décimo día de la fecha después que el comisionado reciba la petición para audiencia, a menos que las partes acuerden mutuamente una fecha posterior. (La orden de cesar y desistir de emergencia permanece en efecto hasta que la audiencia se sostenga).

Después de una audiencia, el departamento se determinará si el método o la práctica de competencia considerada en la audiencia es un método de competencia injusto, falso, o engañoso. El departamento también se determinará si la persona contra quien fueron hechas las cargos, engañado al método o la práctica de competencia que es la violación del código del seguro o del código del negocio y del comercio. Cuando el departamento intenta determinar si una persona confía

en una violación, hará resultados escritos, y publicará y servirá una orden de cesar y desistir a esa persona. El agente debe apelar a los tribunales si no está de acuerdo con la orden. (Note que este es una orden de cesar y desistir diferente de una orden de cesar y desistir de emergencia, puesto que viene después de una audiencia que se ha determinado que la persona es culpable de la violación).

Ademas de la suspension o revocation de una licencia, el Comisionado podra imponer alguna o todas de las siguientes sanciones:

- xEmitir una orden de cesar y desistir;
- xOrdenar el pago de una sancion administrativa;
- xOrdenar que el licenciado haga la restitution.

El Comisionado podra ordenar al licenciado a hacer la restitution completa a cada residente o cada asegurado o entidad de Texas que se yea perjudicada por una violacion o incumplimiento del COdigo de Seguros o de una norma del Comisionado. El licenciado debe hacer la restitution en la forma y la cuantia y en el plazo determinado por el Comisionado.

El Comisionado podra imponer una sancion administrativa a un licenciatarario que viole alguno de los siguientes:

- xEl Codigo de Seguros;
- xOtra ley de seguro de este estado, o
- xUna norma u orden adoptado en el Codigo de Seguros o de otra ley de seguro de este estado.

La pena por una violation no podra ser mas que \$25,000, salvo que una pena mayor o menor es especificada por el Codigo de Seguros u otra ley. El Comisionado notificard a los Comisionados o similar oficiales de otros estados de las penas pronunciadas. La sancion se basa en los siguientes factores:

- xLa gravedad de la violacion (tal como la naturaleza, circunstancias, el alcance, y la gravedad de la violacion, y el riesgo o peligro potencial creado para la salud, la seguridad o el bienestar econOmico de la poblacion);
- xEl dario economico al interes pUblico o de la confianza de la poblaciOn causado por la violaciOn;
- xLa historia de violaciones anteriores;
- xLa cantidad necesaria para disuadir a una otra violaciOn en futuro;
- xLos esfuerzos para corregir la violacion;
- xSi la violacion fue intentional; y
- xCualquier otro asunto que la justicia pueda exigir.

Despues de determinar que ha ocurrido una violacion, el departamento podra emitir un informe al Comisionado, declarando los hechos en que se basa la determination y las recomendaciones del departamento sobre la imposition de una sancion administrativa, y la cantidad de la pena. El departamento debe incluir un breve resumen de la violacion presunta y de una declaraciOn de la cuantia de la pena recomendada. La notification tambien debera informar a la persona que tiene el **derecho a una audiencia** sobre la incidencia de la violacion, el importe de la multa, o ambos. La persona tiene 20 dias desde la recepciOn de la notification para aceptar la decision y la pena o para solicitar una audiencia.

Despues de una audiencia, el Comisionado va confirmar que se produjo una violacion e le impondra una sancion administrativa, o va encontrar que una violacion no ocurrio. El anuncio de la orden del Comisionado debe incluir una declaration que la persona tiene el derecho a la revision judicial de la orden. No ma's tardar de 30 dias despues de la fecha en que el Comisionado de la orden se convierte en definitiva, la persona debera pagar la multa o presentar una petition de revision judicial.

Ademas de cualquier otro recurso disponible por una violacion delCodigo de Seguros, de otra ley de este estado, o una norma de la Comisaria, el departamento puede

- xNegar una solicitud de licencia original;
- xSuspender, revocar o denegar la renovation de una licencia;
- xPoner en libertad a una persona cuya licencia ha sido suspendida;
- xEvaluar una sancion administrativa; o
- xReprender al licenciado.

B. DEFINICIONES

1. TRANSACCION DE SEGURO

El termino "una transaction de seguro" incluye cualquiera de las siguientes acciones (por correo o por cualquier otro medio):

- xSolicitud y estimulo
- xNegociaciones
- xEfeetucion de un contrato de seguro
- xDar consejos a una persona sobre la cobertura o reclamaciones.

2. TIPOS DE ASEGURADORES

DOMESTICOS, EXTRANJEROS, Y AJENOS (INTERNACIONALES)

Las compafilas de seguro se clasifican segtin la localizacion de la incorporation (domicilio). Sin importar en donde esta incorporada una compafiia de seguro, debe calificar y recibir un Certificado de Autoridad antes de tramitar seguro dentro del estado.

Un asegurador domestic° es una compafiia de seguro que esta incorporada en este estado. En la mayoria de las situations, la oficina domestica de la compafila esta en el estado en el cual fue formado - el domicilio de la compafila. *Por ejemplo*, una compafiia cargada en Pennsylvania se considera una compafiia domestica de Pennsylvania.

Un asegurador extranjero (foraneo) es una compafiia de seguro que esta incorporada en otro estado o posesion territorial (tales como Puerto Rico, Guam o Samoa Americana). *For ejemplo*, una compania cargada en California seria una compafiia extranjera dentro del estado de Nueva York.

Un asegurador ajeno es una compafiia de seguro incorporada fuera de los EE.UU.

COMPAMAS DE ACCIONES Y MUTUAS (COOPERATIVAS)

Las compaiiias de acciones son propiedad de los accionistas que proporcionan el capital necesario para establecer y operar la compaiiia de seguros, y que comparten en los beneficios o perdidas. Los oficiales y los comisionados que son elegidos por los accionistas manejan las companias de seguros comunes. Tradicionalmente, las compafiias de acciones publicaron pólizas no participantes, en cuales no compartieron los asegurados ni en las ganancias ni en las perdidas.

Una póliza no participante (de acciones) no paga dividendos a los dueños de pólizas; sin embargo, los dividendos gravados estan pagados a los accionistas.

Las compañías mutuas son poseídas por los tenedores de las pólizas (o poseedores de las pólizas), y emiten las pólizas participantes. Con las pólizas participantes, los poseedores de las pólizas tienen derecho a los dividendos, cuales - en el caso de las compañías mutuas - son devolución de primas, y como eso, son libres de impuestos. Los dividendos son un pago excesivo o devolución de exceso de primas, cuales vienen de una diferencia de la prima cargada y las ganancias y los costes reales de proporcionar cobertura.

3. CERTIFICADO DE AUTORIDAD

Antes de que aseguradores puedan tramitar negocios en un estado específico, debe solicitar una licencia o un certificado de autoridad del departamento de seguro del estado y resolver cualquier requisito financiero (capital y de superavit) establecido por el estado. Los aseguradores que cumplen los requisitos financieros del estado y son aprobados para tramitar negocios en el estado se consideran autorizados o admitidos en el estado como asegurador legal. Esos aseguradores que no se han aprobado para hacer negocios en el estado se consideran no-autorizados o no-admitidos. La mayoría de los estados tienen leyes que prohíben a los aseguradores no-autorizados dirigir negocios en el estado, excepto a través de corredores licenciados de líneas en exceso y de superavit.

C. REQUISITOS DE LA LICENCIA 1. TIPOS DE LICENCIAS

El Departamento de Seguros en este estado puede emitir una licencia a cualquiera de las siguientes personas o entidades calificadas:

AGENTES

Cualquier persona que ofrezca seguro de parte de una compañía, toma o transmite (aparte de por sí mismo) una aplicación de seguro o póliza, examina cualquier riesgo o pérdida, cobra o transmite cualquier prima, se considera ser agente de la compañía para quien se hace el acto. Los agentes normalmente se compensan por comisión, donde un porcentaje de la prima se le paga al agente por la compañía de seguro.

Para actuar como agente del seguro de vida en Texas, un aspirante para una licencia debe archivar un uso escrito y un honorario de limadura no reembolsable (hasta \$50) al Comisionado. El uso debe incluir el nombre completo del aspirante, la residencia, la edad, la ocupación, el lugar del negocio por los últimos 5 años y una declaración antes de si el aspirante ha sostenido siempre una licencia, rechazado una licencia o tenía uno revocado. El departamento puede negar una solicitud si un juego completo de huellas digitales no se proporciona a solicitud.

El Departamento puede emitir una licencia a una persona que cumpla con todos los requisitos siguientes:

xTiene por lo menos 18 años de edad;

- Ha pasado el examen de licencias requeridas en los últimos 12 meses; y

xHa presentado la solicitud, tasas exigidas, y otra información requerida.

AGENTES **No** RESIDENTES

Un agente no-residente es uno quien reside o esta domiciliada en un estado con exception de Texas. Un no-residente de Texas puede ser licenciado como agente del seguro de vida si resuelve los requisitos que licencian de Texas, mientras el estado casero de la persona da a residentes de Texas el mismo privilegio (reciprocidad). El solicitante debe ser titular de una licencia en regla en el estado de su residencia.

La comision puede entrar en **acuerdos reciprocos** con los funcionarios de otros estados de renunciar los requisitos escritos del examen para los aspirantes que residen en esos estados, mientras se **resuelven las condiciones siguientes**:

xEl otro estado requiere a aspirantes que licencian del agente aprobar un examen escrito.

xUn **funcionario apropiado del otro** estado certifica que el aspirante sostiene una licencia actualmente valida como agente del seguro de vida en que el estado y pasado un examen escrito o sostenido una licencia antes de exámenes fue requerido.

xEl aspirante no tiene ningun lugar del negocio dentro de Texas como agente del seguro de vida.

Si la linea de estado funciona a traves de una ciudad, los agentes a que vivo en el estado colindante puede ser licenciado como agentes residentes en Texas si mantienen su oficina de negocio en Texas.

CONSEJEROS

Un consejero de seguro de vida y salud es cualquiera persona que, por una comision o tarifa, ofrezca examinar una póliza de vida, accidente o salud, una anualidad, o dotacion pura para dar una recomendacion o information concerniente a los terminos de la poliza, condiciones, beneficios, cobertura o primas.

TEMPORAL

El Comisionado debe emitir una licencia temporal de seguro de vida, efectiva por 90 dias, sin requerir un examen por escrito, a las siguientes personas:

xUn aspirante que ha sometido su aplicacion y tarifa y quiere cobrar primas en contratos de seguro de vida industrial durante un periodo de licencia temporal.

xCualquiera quien el asegurador este considerando para asignacion de agente de tiempo complete, en cuanto el departamento reciba la aplicaciOn y un certificado firmado por el representante autorizado del asegurador requiriendo una licencia temporal para el aspirante considerado.

Las licencias temporales **no son renovables** no se pueden emitir mas de una vez en un periodo de 6 meses al mismo aspirante.

Los licenciados temporales no pueden vender seguro que remplace una poliza de vida o contrato de anualidad que este vigente. Esta limitaciOn no se aplica a los agentes temporales que escriben polizas de accidente y salud.

2. EXENCIONES /EXCEPCIONES

La licencia de agente de seguros no es algo que se le requiere a un funcionario, director o empleado de un asegurador u organizaciones empleadas por los aseguradores siempre y cuando no esten

involucrados directa o indirectamente con la venta real de un contrato de seguro y que no reciban ningun tipo de comision.

Ademas, NO se requiere que los siguientes individuos posean una licencia de productor de seguros:

xUn director o empleado de un asegurador cuyas actividades se limiten a lo relacionado con labores ejecutivas, administrativas, de gerencia o de oficina;

xEl director o empleado de un agente especial que asista a los productores de seguros al proporcionales asesoria tecnica y asistencia a los productores que posean una licencia.

- Una persona que proporciona y obtiene informaciOn para el seguro grupal o que lleva a cabo servicios administrativos relacionados con la comercializacion en gran escala de los seguros de propiedad y riesgos diversos.

xUn empleador o una sociedad involucrados en la administration o el manejo de un programa de beneficios para sus propios empleados.

xLos empleados de los aseguradores u organizaciones involucrados en la inspecciOn, tasacion o clasificacion de riesgos; asi tambien como en la supervision de la capacitaciOn de los productores no involucrados personalmente en la venta de seguros.

xUna persona cuyas actividades se limiten a la publicidad sin la intencion de solicitar seguro.

xUn productor no residente que vende, solicita o negocia un contrato de seguro contra la propiedad comercial y riesgos diversos a un asegurado con riesgos en mas de un estado asegurado bajo ese contrato; o

Un empleado salariado de tiempo completo que le aconseja a su empleador sobre los intereses de seguro relacionados con el empleador o subsidiarios.

3. CADUCIDAD Y RENOVACION DE LICENCIA

El Comisionado publicara una licencia inicial despues de que el aspirante apruebe un examen escrito. Si se niega la licencia, el Comisionado debe notificar el aspirante y asegurador, en la escritura, que la licencia no sera publicada.

EXPIRACION Y RENOVACION

Una licencia del agente debe ser renovada cada 2 años en el aniversario de la fecha de emision, y seguira en vigor hasta que se nega, revocada o suspendida por el Comisionado. El Comisionado puede cambiar el periodo de renovacion para promover la uniformidad con los periodos de concesion de licencias de otros estados. Una persona con una licencia expirada por un año o mas no puede renovar su licencia, y deberan presentar a nuevo examen.

El comisionado le mandara a una persona cuya licencia este por vencerse, una notificacion de dicho vencimiento por lo menos 30 dias antes de esa fecha

Una persona cuya licencia ha sido vencida por no mas de 90 dias podra renovar esa licencia mediante la presentacion de una solicitud de renovacion, el pago de la tasa de renovacion, y el pago de una tasa adicional (igual a la mitad de la tasa de renovacion).

Una persona cuya licencia ha sido vencida por mas de 90 dias pero menos de 1 año no podra renovar esa licencia. La persona puede obtener una nueva licencia mediante la presentacion de una nueva solicitud con el Departamento, el pago de la tasa de licencia, y el pago de una multa del 50%. Un examen de la licencia no es requerido.

Si la licencia de una persona ha sido vencida por mas de 1 año, la licencia no podra ser renovada. La persona debe pasar por un proceso de licencia completa como lo exige el Estado, para cualquier

nuevo solicitante. Además, el agente no puede usar los créditos de educación continua que se obtuvieron antes de la nueva licencia para adaptarse a cualquier curso de certificación o seguir los requisitos del curso de educación para la nueva licencia.

4. EDUCACION CONTINUADA

Los agentes deben completar 30 horas de continuación de educación (CE) dentro de cada periodo de reporte, a menos que de otra forma este exento. Por lo menos 2 horas de continuación de educación deben cubrir la ética y / o protección de los consumidores. Todas las horas de CE deben ser completadas durante el periodo de presentación de reportes; licenciarios no están autorizados para transportar más de horas extraordinarias para el próximo periodo.

Los requerimientos de continuación de educación no aplican en los siguientes casos:

xAgentes que hayan sido licenciados por 20 años o más para diciembre 31, 2002 están exentos de requisitos de educación continua. Los agentes cuya fecha de renovación es posterior a 12/31/2002 todavía podrían quedar exentos de requisitos de CE, si han sido licenciados por el Departamento de Seguros de Texas por más de 20 años sin lagunas de licencia en más de 90 días;

xAgentes que sean licenciados con el propósito de recibir comisiones residuales o de renovación;

xAgentes no residentes, quienes estén sujetos a la continuación de educación en su estado de residencia si su estado de residencia ejerce reciprocidad con los requerimientos de continuación de educación de Texas;

xAgentes que califican para ser exentos debido a una enfermedad, incapacidad médica o circunstancias fuera de su control;

xAgentes retirados.

Por lo menos el 50 por ciento de todas las horas de educación continua debe ser completado en un aula o un equivalente aprobado por el Departamento. El Departamento podrá aceptar horas de educación continua terminadas en otras profesiones.

Los productores deben mantener registros de terminación de cursos de educación continua durante 4 años a partir de la fecha de la finalización del curso. Esos registros deben estar disponibles para la investigación o de auditoría del Departamento.

Para ser certificado como un curso de educación continua, el curso debe estar diseñado para mejorar el conocimiento, la comprensión y la competencia profesional del estudiante en relación con los temas especificados para un producto de seguro. También hay requisitos específicos para los cursos de certificación de productos, tales como la certificación de productos relacionados con Medicare o planes de cuidado a largo plazo.

Los productores quienes tramitan el seguro de Medicare y Suplementario de Medicare deben completar un curso de 8 horas de certificación de productos relacionados con Medicare, como parte de su educación continua. Cursos aprobados de certificación de productos relacionados con Medicare han que cubrir, como mínima, los siguientes temas relacionados a los productos de Medicare:

xTipos, características y disponibilidad de productos de Medicare;

xLeyes estatales y federales;

xLas prácticas prohibidas;

xReglas de idoneidad de ventas; y

xPrácticas comerciales fraudulentas y desleales.

Agentes residentes que tienen intención de vender, solicitar, o negociar los contratos de anualidad deben completar un curso de educación de 4 horas en relación a las anualidades antes de cualquier transacción. Los productores que continúan vendiendo anualidades deben completar 4 horas de educación continua relacionada a las anualidades cada año. Estas horas pueden ser utilizadas para satisfacer los requisitos generados de educación continua del productor.

5. DENEGACION, TERMINACION, VENCIMIENTO, Y SUSPENSION DE LA LICENCIA

DENEGACION DE LA LICENCIA

El Comisionado puede disciplinar a un licenciado o negarle una aplicación a cualquiera que haya hecho cualquiera de lo siguiente:

- xViolado conscientemente cualquier provision del Código de Seguros de Texas;
- xIntencionalmente hecho una mala declaración material en la aplicación para licencia;
- xObtenido, o hecho el esfuerzo por obtener, la licencia por fraude o mala representación;
- xMal apropiado o adueñado o utilizado o mantenido ilegalmente, dinero que le pertenezca al asegurado, o al beneficiario del asegurado;
- xSer culpable de prácticas fraudulentas, o deshonestas;
- xMaterialmente mal representado los términos y las condiciones de pólizas de seguros de vida o contratos;
- xHecho o emitido cualquier declaración mal representando o haciendo comparaciones incompletas concernientes a los términos de un seguro o contrato de anualidad con la intención de inducir al dueño a perder o entregar el contrato y reemplazarlo con otro (también llamado "twisting");
- xSer convicto de una felonía.

ENTREGA DE LA LICENCIA

La entrega de la licencia de un agente al departamento de seguro no negará ninguna ofensa confiada antes de la fecha eficaz de la entrega. Entregar la licencia no guardará el agente de la penalización.

SUSPENSION, REVOCACION, Y DENEGACION A RENOVAR

El Comisionado podrá suspender o revocar una licencia existente, o negar una nueva licencia para cualquiera de las siguientes razones:

- xViolaciones intencionales de las leyes estatales de seguros;
- xMala-representaciones materiales intencionales en la solicitud de licencia;
- xTratar de obtener una licencia mediante fraude o falsificación;
- xDelito de condena;
- xLos descuentos de las primas de seguros.

Nadie a quien se le haya revocado la licencia puede solicitar otra licencia en Texas por 5 años.

Si un agente individual o un oficial corporativo del asegurado ha sido convicto de una felonía involucrando una inmoralidad extrema de falta de deber fiduciario, la licencia del agente o la aplicación de la compañía para un certificado de autoridad puede ser *negada o revocada*. Si el oficial es despedido, el certificado de autoridad de la compañía no puede ser revocado. Una petición para

envision o reinstalaci3n de un certificado de autoridad puede hacerse en cualquier momento despu3s de que el oficial corporativo de la compa1a ya no este con la compa1a

La peticion para la reinstalaci3n o la envision deberia ser archivada con el comisionado asociado y debe incluir la siguiente informaci3n:

x La fecha de conviction final y/o la fecha de termination de sentencia de periodo probatorio y

x La raz3n por la cual el peticionario cree que se le debe emitir o reinstalar

La oficina del comisionado asociado puede ordenar una investigaci3n sobre el asunto y puede otorgarle la petici3n si el peticionario demuestra que estaria en el mejor inter3s del p3blico y que seria justo emitir o reinstalar la licencia

6. CITA DE UN AGENTE

Un licenciado no podria desempe1arse como un agente a menos que haya sido nombrado por un asegurado designado el cual esta autorizado para estar envuelto en negocios en Texas.

Cuando un asegurado termina la cita de un agente debe archivar inmediatamente con el Comisionado una declaraci3n de los hechos relacionados con la termination y la fecha y causa.

D. DEBERES Y RESPONSABILIDADES DEL AGENTE

1. COMPARTIMIENTO DE COMISIONES

Los aseguradores y los agentes deben entender los articulos relativos a pago de comisiones. Un asegurado o agente licenciado de seguros que hacen negocios en Texas no deben pagar comisiones a cualquier persona o una corporaci3n para los servicios de un agente de seguros a menos que esa persona posea una licencia v3lida de agente. Un titular de licencia temporal no puede recibir comisiones de un ayente o un miembro de la familia o una persona con quien tiene una relaci3n de negocios. Una persona o una corporaci3n que no es un agente de seguros con licencia no puede aceptar cualquier de esas comisiones u otros valores.

Un agente puede cargar a un cliente un honorario razonable para los servicios rendidos a un cliente por ejemplo sigue

x Entregas especiales o cargas postales

x Costes del correo electr3nico

x Costes de transmisi3n del tel3fono

x Costes similares que el agente incurre en para el cliente

Si el agente carga los honorarios para estos servicios debe primero informar al cliente y obtener el consentimiento escrito del cliente para cada honorario.

Una persona sin licencia puede referir un cliente a un agente. Este no se considera que act3e como agente y es ilegal siempre cuando el individuo sin licencia no discute los t3rminos o las condiciones especificas de la p3liza con el cliente.

Es ilegal que un asegurado o agente pague a una persona sin licencia para el ejercicio de las funciones de un agente. Esto incluye una rebaja de las primas, una comisi3n, el empleo, un contrato de servicio o cualquier otro incentivo que no se especifica en la p3liza de seguros. No se aplica a las

comisiones o una indemnización diferida si la persona sin licencia antes celebró un agente de la licencia.

Si un agente de inscripción local, que posee una licencia de seguro pero que no tiene una designación de una compañía de seguro, refiere una solicitud para seguro a un agente de inscripción local que tiene una designación con esa compañía; el agente que tiene la designación podría compartir la comisión con el agente que no posee una designación si la referencia resulta en la emisión de una póliza de seguro.

E. PRACTICAS DE MERCADEO

1. PRACTICAS COMERCIALES INJUSTAS Y PROHIBIDAS

Los aseguradores y los productores de seguros no podrán ejercer ninguna práctica comercial que se define como un método de competencia desleal o un acto injusto o engañoso.

Si después de una audiencia el Departamento de Seguros determina que un productor o una compañía de seguros ha cometido una práctica desleal del comercio, el Departamento podrá emitir una orden que exija a la persona a cesar y desistir de participar en el método de la competencia, acto o la práctica, y / o imponer las sanciones por violación de las leyes de seguros.

REPRESENTACIONES FALSAS

Es ilegal publicar, imprimir, o circular cualquier ilustración o material de las ventas que sea falso o engañoso en cuanto a beneficios o los términos de una póliza, el pago de dividendos, etc. Esto también refiere a declaraciones orales. Cometiéndolo este acto ilegal se llama **mala representación**.

PUBLICIDAD FALSA

Las promociones cubren un alcance amplio de la comunicación, de una promoción en un periódico o un compartimiento, a un anuncio difundiendo en la televisión o el Internet. Los anuncios no pueden incluir declaraciones inexactas o engañosas que se aplican al negocio del seguro o cualquier persona que lo conduzca. La violación de esta regla se llama **promoción engañosa**.

Se prohíbe anunciar o circular cualquier material que sea falso o engañoso. Las promociones engañosas específicamente incluyen falsificar cualquiera de los siguientes:

- x Los términos, los beneficios, las condiciones, o las ventajas de cualquier póliza de seguro
- x Cualquier dividendo que se reciban de la póliza, o previamente pagados
- x La condición financiera de cualquier persona o de la compañía de seguros
- x El propósito verdadero de una cesión o del préstamo contra una póliza

Representación de una póliza de seguro como parte de la acción y usando los nombres o los títulos que pueden falsificar la naturaleza verdadera de una póliza también se considerará la publicidad engañosa. Además, una persona o una entidad no puede utilizar un nombre que aparentemente sugiere que es una compañía de seguros.

DIFAMACION

La difamación ocurre cuando se hace una declaración oral o escrita con la intención de dañar a una persona contratada al negocio de seguro. Esto también se aplica a las declaraciones que son maliciosamente críticas de la *condition financiera* de una persona o compañía.

REBAJAS (DESCUENTOS)

Descuento se define como cualquier estímulo le ofrecido al asegurado en la venta de los productos del seguro que no se especifica en la póliza. Descuentos incluyen el dinero, reducciones en comisiones, acciones, bonos, valores y sus dividendos o beneficios, promesas y servicios personales. La oferta y la aceptación de un descuento son ilegales.

BOICOTEO, COACCION E INTIMIDACION

Es ilegal estar implicado en cualquier actividad del boicoteo, de la coerción, o de la intimidación que se piensa para restringir comercio de la feria o para crear un monopolio.

FRAUDE

El fraude es la representación inexacta intencional o la ocultación intencional de un hecho material usado para inducir a la otra parte a que haga o se refrene de hacer un contrato, o que engañe a la otra parte. El fraude es argumento suficiente para anular un contrato de seguro.

El Departamento de Texas del Seguro tiene una Unidad del Fraude del Seguro para hacer cumplir leyes referentes a actos fraudulentos del seguro. Un acto fraudulento del seguro es cualquier acto ilegal que haya hecho:

- xConfiado en el negocio del seguro;
- xConfiado como una parte o en de ayuda de una transacción de seguro;
- xSido una parte de una tentativa de defraudar un asegurador.

Si el Comisionado tiene razón de creer que una persona ha enganchado, esta enganchando adentro o está alrededor a enganchado a un acto que pueda constituir un acto fraudulento del seguro o fraude del seguro, el Comisionado puede hacer cualquier investigación necesaria para determinarse si ocurrió el acto o para ayudar a la aplicación de las leyes del fraude del seguro. Si el Comisionado cree un acto fraudulento del seguro ha ocurrido, tomará medidas disciplinarias apropiadas así como informe la información a las autoridades apropiadas de la aplicación de ley.

2. METODOS Y PRACTICAS DE RECLAMACIONES

Los siguientes actos, omisiones, o prácticas se definen como prácticas de liquidación de reclamos injustas y engañosas cuando se cometen conscientemente o con una frecuencia que indique una práctica general de negocio, y están prohibidas:

- xMal representar a los asegurados hechos pertinentes o provisiones de la póliza relacionados con la cobertura al a emisión;

- Hecho de expresar el hecho de saber y de actuar razonablemente puntual ante las

comunicaciones con respecto a un reclamo de seguro;

- xLa falta de cumplimiento al adoptar e implementar estándares razonables para la investigación puntual y el procesamiento de los reclamos del asegurado;

- x No hacer el intento de buena fe de efectuar liquidaciones de reclamos en los que la responsabilidad ha llegado a ser razonablemente Clara;
- x Les animar a los asegurados a iniciar demandas legales para recobrar cantidades pendientes bajo una póliza de seguro al ofrecer sustancialmente menos que la cantidad ultimadamente recobrada en esas demandas legales.

El Departamento de Seguros de Texas (DST) podrá exigir que un asegurador presente informes periódicos sobre las quejas de prácticas desleales de arreglo. Los informes deben contener la siguiente información:

- x El número total de reclamaciones de los últimos 3 años, y la información sobre cómo y si se resolvieron;
- x El número total de denuncias, su clasificación por líneas de seguros, la naturaleza de cada una de las quejas, la resolución de estas quejas, y el tiempo que toma a cada proceso de queja.

PAGO PUNTUAL DE RECLAMACIONES

Los reclamos se deben liquidar inmediatamente. El asegurador debe hacer lo siguiente a más tardar para el décimo quinto día hábil después de acusar recibo de un reclamo:

- x Acusar recibo del reclamo
- Comenzar una investigación
- Solicitar todas las declaraciones, los formularios y demás ítems que el asegurador crea que se le requerirán al demandante.

Los aseguradores de líneas excedentes tienen hasta 30 días después de acusar recibo de un reclamo para llevar a cabo el cumplimiento de los requisitos mencionados anteriormente.

El asegurador debe notificar por escrito al demandante sobre la aceptación o el rechazo del reclamo a más tardar para el decimo quinto día hábil después de que el asegurador haya recibido todos los ítems, formularios y declaraciones solicitados. Si el asegurador sospecha un incendio premeditado, este tiene hasta 30 días para notificar al demandante de la aceptación o el rechazo de reclamo.

Si el asegurador rechaza un reclamo, el aviso al demandante debe incluir las razones por dicho rechazo. Si el asegurador necesita más tiempo para tomar una decisión con respecto a un reclamo, este debe explicarle al asegurado las razones por la demora y debe aceptar o rechazar el reclamo a más tardar 45 días después de que el asegurador haya notificado al demandante de la demora.

Una vez que se apruebe el reclamo, el asegurado debe pagarlo dentro de los 5 días hábiles después de que el asegurador notifique al demandante de que se pagará el reclamo. Los aseguradores de líneas excedentes tienen hasta el vigésimo día hábil para pagar el reclamo bajo estas circunstancias. Los aseguradores que postergan el pago pueden estar sujetos a pagos por daños adicionales.

Por causa justificada, los aseguradores podrían disponer de un tiempo adicional para liquidar demandas conexas.

Numeros, Meses, Dias y Fechas

Con el fin de lograr los mejores resultados sobre la portion del examen de reglamentos del estado, asegúrese de memorizar estos números y las definiciones.

Reglamentos del Departamento de Seguros:	
2 años	Un mandato del Comisionado
Febrero 1	De los años impares, para comenzar un nuevo mandato
5 años	Experiencia requerida relacionada a la administración de negocios o abogado practicante o contador público certificado (CPA) para solicitar un puesto del Comisionado
30 días	Para que el agente solicite una audiencia después de recibir el orden de cesar y desistir
10 días	Después de la petición, el Comisionado debe tener una audiencia
5 años	El Comisionado debe examinar todos los aseguradores admitidos
Requisitos de Licencia Nombra lento:	
18	Edad mínima requerida para la concesión de licencias
12 meses	Resultados de examen de la concesión de licencias son válidos
90 días	Duration máxima de licencias temporales
6 meses	No más de una licencia temporal público por persona
2 años	El periodo de divulgación
5 años	Después de la revocación o de la negación de la licencia antes de que otro uso de la licencia pueda ser archivado
5 años	Después de la convicción del crimen para la abertura del deber fiduciario antes de que otro uso de la licencia pueda ser archivado
2 años	Duration de la licencia del agente
Otros Reglamentos para los Productores:	
90 días	Después de fecha de la renovación de la licencia para los agentes para pagar honorarios y para terminar el CE antes de licencia expira
30 horas	Boras del CE terminadas durante cada periodo de divulgación
2 horas	Requisito mínimo para la educación &lea
Sumas en Meses Importantes:	
\$50	Honorario máximo de licencia del agente
\$25,000	La multa máxima para violar del Código de Seguros
\$2,500	Multa por violation voluntaria del Acto Federal de Credit() Justo



Examina to retencion de leas nuevos Conceptos que aprendiste. Regresa al principio del capitulo para *epasar* #as Instantaneas antes de seguir adelante.

XII. ESTATUTOS Y REGLAS DE TEXAS RELACIONADOS CON LOS SEGUROS DE VIDA SOLAMENTE



Esta section explicard algunos de los reglamentos principales que se aplican exclusivamente al seguro de vida en este estado. Al final de esta section, usted debería ser capaz de explicar las leyes basicas que se aplican a los distintos tipos de productos de seguros de vida. Asegurese de memorizar las definitions y los plazos especificos



1. ¿Que significa la frase "solicitud de seguro"?
2. ¿Quien es responsable por todos los anuncios de seguros escritos y distribuidos?
3. ¿Cuanto dura el periodo de incontestabilidad en los seguros de vida emitidos en este estado?
4. ¿Que es un periodo de tiempo para tomar acciones legales contra la compania de seguros en este estado?
5. ¿Quien es el dueño y quien es el beneficiario de una póliza de vida de credito?
6. ¿Cuales son las opciones de no caducidad minimas que se requieren en las polizas de seguro de vida emitidas en este estado?



Revisar el tiempo de estudio

Revisar el Desglose de Examen al principio de este libro para ver que porcentaje del examen con forma cada capítulo.

A. MERCADEO Y PROCURACION (SOLICITACION)

El proceso de emision de una póliza de seguro comienza con la solicitud. En palabras mas sencillas, la *solicitud de seguro* significa el intent() de persuadir a una persona a que compre una poliza de seguro y solo se puede hacer por escrito o verbalmente. Esto incluye el suministro de information sobre los productos disponibles, la description de los beneficios de la poliza, recomendaciones sobre una poliza especifica y el intento de obtener un contrato entre el solicitante y la compañia de seguro.

Cualquier presentation de ventas que se use ya sea por los aseguradores o sus agentes, en lo que se refiere a la comunicacion con el publico, debe ser exacta y estar completa.

1. PUBLICIDAD

Antes que nada, la publicidad debe ser precisa y no debe tergiversar los hechos. Las reglas de publicidad se aplican a cualquier anuncio de seguro a fin de ser presentado, distribuido, divulgado o para cualquier tipo de anuncio cuando se use o se haga directa o indirectamente por o a favor de la compañia de seguro.

Cada compañia de seguro debe establecer y mantener un sistema para controlar el contenido, la forma y el metodo de divulgacion de todos los anuncios de sus pólizas. El asegurador cuyas polizas se publicitan es responsable por todos sus anuncios, mas and de quien lo haya escrito, presentado o distribuido.

Deberes de los aseguradores: los aseguradores que están solicitando las pólizas en Texas, deben mantener un sistema de control sobre el contenido, la forma y el método de difusión de todos los anuncios en sus pólizas. Cada asegurador es responsable para todos los anuncios preparados y / o autorizados por el asegurador. Los aseguradores no podrán evitar la responsabilidad por los anuncios si dirigen o autorizan o cualquier otra persona que los prepare.

Deberes de los agentes: antes de usar un anuncio, un agente debe presentar su contenido a la oficina del asegurador, y recibir una aprobación por escrito.

Las siguientes son las normas del Código de los anuncios de pólizas de seguro de vida en este estado:

x Los anuncios deben ser veraces y no engañosos ya sea en hecho o implicación;

x Los anuncios deben ser suficientemente completos y claros como para evitar el engaño o la capacidad o la tendencia a engañar o a confundir;

- La información requerida no se debe reducir al mínimo, hacer obscura, o presentar de otra manera que sea engañosa o que confunda a los compradores potenciales;

x Las palabras o las frases que son claras solamente a esos familiarizados con la terminología de seguros no serán utilizadas;

x La identidad del asegurador en sí se debe indicar en todos los anuncios. Los nombres comerciales, las designaciones del seguro, los nombres de las casas matriz o de las divisiones, las marcas de servicio, los lemas, u otros símbolos no se deben utilizar sin el nombre del asegurador si fuesen a engañar o confundir en cuanto a la identidad verdadera del asegurador;

Ninguna combinación de palabras, de símbolos, etc. similar a los del estado o de las agencias de federales de estado se puede ser utilizada a forma que pueda engañar a los asegurados anticipados en la creencia que la oferta está conectada a una agencia gubernamental;

x Todos los anuncios, menos los anuncios institucionales, deben divulgar la naturaleza del producto y no pueden evitar una declaración clara e inequívoca que la cobertura de seguro sea el tema de la oferta;

Los anuncios de más de una póliza que contenga una aplicación deben reflejar que el costo y los beneficios son aplicables a las pólizas de seguro por separado;

El anuncio puede no contener declaraciones falsas con respecto al pago de los reclamos, insinuar que las liquidaciones de reclamos serán liberales o abundante o un tratamiento especial será proporcionado más allá de los términos de póliza;

Testimonios son permitidos si son genuinos, representan la opinión actual del autor, aplican a la póliza anunciada, y se reproduzcan con exactitud. El anuncio debe divulgar si la persona que hace el testimonio tiene un interés financiero en el asegurador. Si se compensa a la persona, el testimonio debe incluir "Endoso Pagado" o lenguaje similar;

Los anuncios no deben implicar que la salud del aspirante no será considerada en emitir la póliza o determinar la responsabilidad o los beneficios a menos que sea verdad.

2. ILUSTRACIONES

El término **ilustración** significa una presentación o representación que incluye elementos no garantizados de una póliza de seguro de vida personal o del grupo durante un período de varios años.

REGLAS GENERALES

Una ilustración con una póliza de seguro de vida deberá ser claramente etiquetado como "ilustración de seguro de vida" y debe contener la siguiente información básica:

- xEl nombre del asegurado;
- xEl nombre y la dirección de negocios del productor;
- xNombre, edad, y sexo de los asegurados propuestos;
- xEl proceso de aseguramiento y clasificación de las tazas sobre cuales se basa la ilustración;
- xEl beneficio de muerte inicial;
- xLa opción de dividendo o aplicación de elementos no garantizados, si se aplican;
- xFechas de ilustración; y
- xUn sello indicando "Ilustración de Seguro de Vida".

REGULACION DE ILUSTRACIONES

El propósito de la reglamentación de las ilustraciones del seguro de vida es para establecer estándares para el formato, contenido y divulgación de las ilustraciones que protejeran a los consumidores y que promulgaran la educación del consumidor. Las metas de esta reglamentación son asegurarse que las ilustraciones no engañen a los compradores de seguro de vida y hacer que estas ilustraciones sean más fáciles de entender. Los aseguradores eliminarán, en la manera posible, los usos de las notas al pie de la página, las explicaciones y definirá los términos usados en la ilustración en un lenguaje que pueda ser comprendido por una persona típica dentro del segmento público al cual se dirige la ilustración.

Las ilustraciones deben distinguir entre los importes garantizados y previstos, y revelar claramente la siguiente información:

No es parte del contrato - una ilustración debe expresar claramente que no es una parte del contrato de seguro.

Valores no son garantizados - los valores que no están garantizados deben ser identificados como tales.

Los agentes solo podrán utilizar las ilustraciones de una compañía de seguros que han sido aprobados, y no puede cambiarlas de ninguna manera.

PRACTICAS PROHIBIDAS

Cuando se utiliza una ilustración, el asegurador o el productor no podrá hacer cualquiera de las siguientes:

- xRepresentar una póliza como algo distinto de una póliza de seguro de vida;
- xDescribir los elementos no garantizados de una manera engañosa;
- xDar a entender que el pago está garantizado;
- xDescribir la póliza de rendimiento más favorable;
- xProporcionar una ilustración incompleta;
- xUsar el término "prima de fuga" - o un término similar - que implica que la póliza se convierte en desembolsada;
- xUtilice un ejemplo de que no es independiente.

Si el asegurador utiliza una tasa de interes para determinar los elementos no garantizados en una ilustracion, la tasa de interes no puede ser mayor que la tasa de los intereses devengados que subyacen a la actual escala de disciplina.

3. METODOS DE COMPARACION DE COSTO DE POLIZAS DE SEGUROS DE VIDA

Para ayudar a los consumidores a tomar decisiones inteligentes en lo que a la compra de seguro de vida se refiere, la industria ha elaborado metodos e indices especificos que miden y comparan los costos e intereses de la póliza. Estas comparaciones se incluyen generalmente en las ilustraciones de la póliza. Los metodos tradicionales para comparar los costos son el metodo de costo neto ajustado por intereses y el metodo de la tasa comparativa de intereses.

METODO DE INTERES AJUSTADO DEL PRECIO NETO

El metodo de interes ajustado del precio neto considera el *valor de tiempo del dinero* al comparar costos del seguro de vida al aplicar un ajuste de interes a las primas y a los dividendos anuales. Esto quiere decir que cada año las primas y los dividendos se configuran, tornado el interes en consideration. Dos versiones del metodo de interes ajustado son el indice del costo de la entrega y el indice de costo de pago neto.

METODO DE TASA COMPARATIVA DE INTERES

La tasa de interes comparativa (CIR) es el indice de retorno que se debe ganar en un fondo "alternativo" en el termino compra-invierta la diferencia de modo que el valor del fondo lateral sea igual al valor de entrega de la prima de póliza mas alta en un punto especifico.

B. DISPOSICIONES DE LA POLIZA

El estado de Texas ha adoptado las siguientes disposiciones estandares establecidas la por Asociaaion Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC por sus siglas en ingles):

- xLa póliza, una copia de la solicitud y las clausulas adjuntas constituyen el contrato en su totalidad.
- xTodas las declaraciones del asegurado se consideran como representaciones, no como garantias.
- xLas pólizas de seguro de vida grupal deben incluir un periodo de gracia de 31 dias.
- xLas pólizas de seguro de vida (individual y grupal) son irrefutables luego de que la póliza haya estado en vigencia por un periodo de 2 años.
- xEn el caso de que se encuentren declaraciones falsas con respecto a la edad del asegurado, la póliza pagará los beneficios en base a lo que las primas hubieran comprado a la edad del asegurado. Esta disposition le permite al asegurador el poder hacer el cambio a pesar de que el error se descubra despues del periodo de incontestabilidad. (Si la declaration falsa con respecto a la edad del asegurado provoca que un asegurador continúe proporcionando cobertura mas alla de la edad maxima estipulada en la póliza, la Unica obligacion del asegurador es devolver las primas recibidas luego de que el asegurado haya alcanzado la edad maxima).
- xUna póliza de seguro de vida que tenga un valor efectivo debe tener una disposition para que el titular de la póliza tome prestado esos valores. (Al fallecer el asegurado, cualquier prestamo que no haya sido pagado se deducirá, del beneficio por muerte pagadero al beneficiario).

- x Cualquier pOliza de seguro de vida que tenga un valor en efectivo debe tener una disposicion de *no caducidad*
- x El titular de una poliza puede solicitar la *rehabilitacion* de una poliza vencida dentro de los tres afios de dicho vencimiento por medio del pago con interes de las primas atrasadas y presentando prueba de asegurabilidad.
- x Las pOlizas de seguro de vida requieren que la prima *inicial sepague por adelantado* para que la cobertura entre en vigencia.
- x La *liquidacion de los beneficios por muerte* no debe ser menor al valor nominal de la poliza menos cualquier monto que se deba.
- x El titular de la poliza podria *asignarle* la poliza a otra parte sin el consentimiento del asegurador.

Provisiones adicionales incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

1. PAGO DE RECLAMOS

Al recibir una prueba de muerte y el derecho del reclamante al beneficio, el asegurador debe pagar los reclamos de muerte en un plazo de 2 meses.

2. ACCIONES LEGALES

Texas requiere una disposicion limitando los parametros de tiempo bajo los cuales el demandante puede demandar el recobro por parte de un asegurador bajo una poliza. Todas las acciones legales deben comenzar a Inas tardar dentro de 2 afios despues de que ocurra la perdida.

3. ARREGLOS VIATICOS Y DIVULGACIONES

Los arreglos viaticos le permiten a alguien que vive con una condicion amenazadora a su vida el vender su pOliza de seguro de vida existente y utilizar los ingresos cuando los son mas necesarios, antes de su muerte. Mientras que los arreglos viaticos no son opciones de la poliza, ellos son los contratos separados en los cuales el asegurado vende el beneficio de muerte a un tercero en una tarifa descontada. Hay varios conceptos importantes que necesita entender sobre viaticos:

- x Refieren a los asegurados como viatores
- x Los productores de arreglos viaticos les representan a los abastecedores
- x Los corredores de arreglos viaticos les representan a los asegurados.

Los dueños de estas pOlizas ("viators") reciben generalmente un porcentaje del valor suscrito de la poliza por parte de la persona que compra la pOliza. El nuevo dueño continua manteniendo pagos de prima y eventualmente cobra los beneficios de muerte en su totalidad.

Al recibir una solicitud para un arreglo viatico, la compafiia de los arreglos viaticos debe entre un aspirante un folleto informativo que describe los siguientes:

- x Como funcionan los arreglos viaticos;
- x Alternativas posibles a los arreglos viaticos para las personas con enfermedades catastróficas o peligrosas para la vida, incluyendo, pero no limitado a, beneficios acelerados ofrecidos por el emisor de la poliza de seguro de vida y prestamos asegurados por la Ohm de seguro de vida;
- x Consecuencias de impuesto que pueden resultar de un arreglo viatico;

xConsecuencias de la intempciOn de la ayuda prevista por programas de la ayuda medica o pablica;
xEl derecho del viator a rescindir un arreglo viatico en el plazo de 15 dias de recibiendo del arreglo viatico, y
xLa identidad de cualquier persona que recibird cualquier honorario o remuneration de la compailia viatica con respecto al arreglo viatico y a la cantidad y de terminos de tal remuneration.

C. VIDA DE GRUPO

Las siguientes disposiciones se aplican a la rescision y a la conversion de las pOlizas de seguro de vida grupal en este estado:

xLas personas elegibles que hayan estado cubiertas bajo una poliza grupal por to menos por 5 afios deben llenar una solicitud para una poliza individual y pagarle al asegurador la primera prima dentro de 31 dias despues de que el asegurado deje ser parte de un seguro grupal

xLa poliza individual debe ser emitida sin prueba de asegurabilidad

xEl asegurado tiene derecho a elegir cualquier poliza individual que el asegurador ofrezca, con exception del seguro de vida por un termino fijo.

xLa cantidad de cobertura de la poliza individual no puede exceder la cantidad menor entre la cobertura grupal previa o \$2,000.

Si la persona asegurada fallece durante el periodo de conversion, el beneficiario del asegurado tiene derecho al beneficio por muerte, el cual se pagara por medio de la poliza grupal.

1. PROVISIONES DE VIDA DE GRUPO

Las polizas de grupo tienen muchas de las mismas provisiones de las incluidas en la poliza de seguro individual tales como un periodo de incontestabilidad de 2 afios y un periodo de gracia de 31 dias. Sin embargo, la declaracion errOnea de la disposition de edad contrada en pOlizas del grupo es diferente de la que se encuentra en polizas individuales. En seguro colectivo, si el participante de los asegurados declara mal su edad, el asegurador ajustara la prima y/o el beneficio a la edad correcta (en seguro individual se ajustan solamente el beneficio).

Se permite a los participantes del seguro colectivo generalmente cubrir a dependientes en sus polizas. La cobertura de dependiente se aplica generalmente al esposo y los nifios del asegurado, pero tambien puede incluir padres dependientes o cualquier persona cuya dependencia puede ser comprobada.

D. SEGURO DE VIDA DE CREDITO

El seguro de vida de credito es un tipo especial de cobertura escrito para asegurar la vida del deudor y para pagar el total pendiente de un prestamo o deuda en el acontecimiento de la muerte del deudor. Seguro de vida de credito se puede usualmente escribir como seguro de vida de termino en descenso. Puede ser escrito como polizas individuales o como un plan grupal. Cuando esta escrito como poliza de grupo, el acreedor es el duefio de la poliza principal, y cada deudor recibe un certificado de seguro.

El acreedor es el duefio y beneficiario de la poliza aunque las primas son pagadas generalmente por el prestatario (o el deudor). El seguro de vida de credito puede pagar mas de la parte pendiente de la deuda, asi que no hay un incentivo financiero por la muerte del asegurado. Los

acreedores podran exigir que el deudor tenga el seguro de vida; sin embargo, no pueden requerir que el deudor compre seguro de un asegurador especifico.

En este estado, si un seguro de vida de credito se termina para todos los planes en los que los beneficios de muerte no se pagan debido a la exclusion de la poliza, el asegurador reembolsara cualquier prima no devengada bruto pagado por el seguro de vida de credito. Si una poliza se termina debido a que el pago de beneficios de muerte, las primas pagadas al asegurador se consideraran devengados y el reembolso no es requerido.

E. LEY DE NO CADUCIDAD

Los beneficios de no caducidad forman parte de la poliza y proporcionan una garantia que no puede ser eadueada por el titular de la Ohm.. La ley estatal requiere que estas garantias se incluyan en la poliza.

Existen normas estatales que se aplican especificamente a los beneficios de no caducidad en las polizas de seguro de vida individual y grupal y en las pensioner que proporcionan seguro para cuidados a largo plazo. De acuerdo con las normas estatales, la disposicion de no caducidad debe estar claramente caratuladas en la poliza y debe proporcionar un beneficio que este disponible en el caso de que no se cumpla con el pago de la prima. Todos los aseguradores deben ofrecer por lo menos una de las siguientes opciones de no caducidad:

- xDesembolso reducido
- xAmpliacion del plazo
- xPeriodo de beneficio acortado

Los beneficios de no caducidad de una poliza deben comenzar a mas tardar para el final del tercer aflo despues de que se haya emitido la poliza. El posible beneficio por lapso debe haber estado vigente durante los primeros tres atios, asi como tambien despues.

El asegurado tiene el derecho de aceptar o rechazar el beneficio de no caducidad. Es la responsabilidad del agente el proporcionarle al posible titular de la poliza con la informacien necesaria para que pueda entender y completar de manera completa la declaracien de rechazo.



Examina to retencian *de los nuevo5* concertos que aprendiste. Regresa at princirio del capitulo para repasar la3 Instantaneas antes de seguir adelante.