# Información general

Según el plan de estudios y el examen para obtener la licencia, un solicitante se define como una persona sin experiencia que comienza a trabajar en una agencia o una aseguradora. Las veinte horas de clase para la licencia de agentes de seguros de salud y de accidentes deben incluir, como mínimo, el material de estos objetivos.

De acuerdo con la sección 1677 del Código de Seguros de California (California Insurance Code, CIC), la extensión del examen para agentes de seguros de salud y de accidentes debe ser suficiente para demostrarle al Comisionado de Seguros que los solicitantes tienen un conocimiento básico y razonable de las leyes de seguros de este estado y de las disposiciones, términos y condiciones de los seguros que pueden negociarse según la licencia solo para agentes de seguros de pensión individual, y que el solicitante tiene un conocimiento suficiente de las obligaciones y deberes de un agente exclusivo de seguros de vida. Además, la sección 1626(a)(2) del CIC define a un agente de seguros de salud y de accidentes como la persona autorizada para tramitar la cobertura de un seguro por enfermedad, lesiones corporales o muerte accidental y puede incluir beneficios de ingresos por discapacidad.

El nuevo agente de seguros de salud y de accidentes recibirá una introducción y una capacitación para vender y administrar todas las líneas de servicio conforme a esa autoridad. El nuevo agente de seguros de salud y de accidentes debe poseer los conocimientos básicos al comienzo de su carrera.

(1) Los conocimientos básicos incluyen:

• Conceptos y principios básicos de los seguros de salud y accidentes

• Responsabilidades y autoridad de un agente de seguros de salud y accidentes

• Los seguros de salud y de accidentes más comunes

• Código y ética de los seguros

• Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)

• Seguros de salud para personas de la tercera edad

• Cobertura del seguro por enfermedad, lesiones corporales o muerte accidental

• Beneficios de los seguros de ingresos por discapacidad

• Seguro de atención a largo plazo

(2) El agente debe tener un conocimiento general de lo siguiente:

• Programas de discapacidad obligatorios del gobierno (por ejemplo, seguro de discapacidad estatal)

• Seguro de discapacidad

• Seguro de ingresos por discapacidad

(3) Además, esta licencia autoriza la transacción de la cobertura de seguros en:

**Seguro de crédito por discapacidad:** seguro de discapacidad para proteger el saldo de una deuda, que provee un beneficio mensual, durante la discapacidad del asegurado y el período de cobertura

**Seguro de ingresos por discapacidad:** seguro que le proporciona a un asegurado asalariado el pago de sus ingresos cuando estos son interrumpidos o suspendidos debido a una enfermedad o accidente. Puede incluir beneficios por enfermedades críticas o muerte accidental. Las pólizas están disponibles como cobertura a corto o largo plazo.

• La póliza de ingresos por discapacidad a corto plazo provee beneficios, a menudo una parte de los ingresos perdidos, por un período definido en la póliza. En estos casos es probable que el asegurado pueda volver al trabajo o recuperar sus ingresos perdidos.

• La póliza de ingresos por discapacidad a largo plazo provee beneficios, a menudo una parte de los ingresos perdidos, por un período prolongado que se define en la póliza de seguro. En estos casos es probable que el asegurado no pueda volver al trabajo ni recuperar sus ingresos perdidos.

**Cláusula adicional del seguro de ingresos por discapacidad:** anexo de la póliza de seguro de vida que le provee al asegurado el pago de sus ingresos, o una exención del pago de las primas vencidas, cuando sus ingresos son interrumpidos o suspendidos debido a una enfermedad o lesión.

**Seguro de salud:** póliza que pagará los gastos o tratamientos médicos. Las pólizas de salud pueden ofrecer cualquier opción y una gran variedad de coberturas. El seguro de salud también incluye todos los productos de salud para personas de la tercera edad.

• La PPACA no permite establecer límites de dinero en los beneficios de salud esenciales.

• Los beneficios de salud no esenciales pueden incluir límites de dinero.

**Seguro de atención a largo plazo:** cobertura para personas que requieren asistencia con actividades de la vida diaria en sus casas o en un centro de enfermería. Los agentes que venden o tramitan la venta de seguros de atención a largo plazo requieren capacitación adicional (sección 10234.93 del CIC).

(4) Los agentes de seguros de salud y de accidentes no están autorizados para tramitar seguros de vida, de renta vitalicia, de propiedades o de accidentes.

(5) Ningún curso de educación continua o programa para obtener la licencia incluirá capacitación en ventas o cursos de motivación o autosuperación, ni ninguna capacitación ofrecida por aseguradoras o agentes sobre nuevos productos o programas (sección 1749.1(b) del CIC).

**Objetivos de aprendizaje**

Los objetivos de aprendizaje se derivan del plan de estudios detallado en el Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR), título 10, capítulo 5, subcapítulo 1, artículo 6.5, sección 2187.1.

**Ética y Código de Seguros de California**

Los objetivos de aprendizaje del Código de Ética y Seguros de California se presentan en las páginas siguientes. Los objetivos individuales pueden estar identificados por “(sección XXXX del CIC)” o “(ética)”. Las referencias al “Código” o “CIC” en los objetivos de aprendizaje se refieren al Código de Seguros de California.

**El examen**

El examen para obtener la licencia de agente de seguros de salud y de accidentes del Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance, CDI) tiene setenta y cinco (75) preguntas de opción múltiple. Los aspirantes tienen noventa (90) minutos para responder el examen. Se prohíbe poseer o usar cualquier dispositivo, material o documento no autorizado. Los elementos prohibidos incluyen notas, hojas de apuntes, libros de texto y dispositivos electrónicos.

Los exámenes del CDI se aplican en la sede del CDI en Los Ángeles o en uno de los muchos centros de examen de PSI en todo California. PSI Services, LLC es el proveedor de exámenes del CDI.

Los exámenes en la sede del CDI comienzan a las 8:30 a.m. (el registro es a las 8:00 a.m.) y 1:00 p.m. (el registro es a las 12:30 p.m.), de lunes a viernes, excepto los días festivos estatales.

**Los Ángeles:**

California Department of Insurance

Centro de examen

300 South Spring Street, North Tower, Suite 1000

Los Ángeles, California 90013

Los centros de prueba de PSI se encuentran en las siguientes ubicaciones:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agoura Hills | Diamond Bar | Riverside | Santa Rosa |
| Anaheim | Fresno | Sacramento | Ventura |
| Atascadero | Hayward | San Diego | Visalia |
| Bakersfield | Laguna Hills | San Francisco | Walnut Creek |
| Burbank | Lawndale | Santa Clara |  |
| Carson | Redding | Santa Fe Springs |  |

Los horarios de registro y las indicaciones para llegar a los centros de examen de PSI se indican en las páginas 4, 5 y 6 del [Boletín informativo para el candidato](http://candidate.psiexams.com/bulletin/display_bulletin.jsp?ro=yes&actionname=83&bulletinid=506&bulletinurl=.pdf).

Para consultar información adicional acerca de los exámenes para la obtención de licencias (por ejemplo, horarios de los exámenes en línea, requisitos de huellas dactilares, admisión al examen, formas de identificación, fecha del examen, resultados del examen), acceda al siguiente vínculo:

<http://www.insurance.ca.gov/0200-industry/0010-producer-online-services/0200-exam-info/index.cfm>

**Boletín informativo para el candidato**

El Boletín informativo para el candidato (Candidate Information Bulletin, CIB) contiene información detallada acerca de la preparación para el examen para la obtención de licencias, de los programas educativos para obtener la licencia, los procedimientos dentro del centro de examen, ejemplos de preguntas, estrategias para tomar el examen e indicaciones para llegar a los sitios donde se presentan los exámenes del Departamento de Seguros y los centros de exámenes de PSI que se encuentran en toda California. Consulte el siguiente vínculo:

<http://www.insurance.ca.gov/0200-industry/0020-apply-license/0100-indiv-resident/CandidateInformation.cfm> **Tabla de contenido**

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

A. Conceptos y principios básicos de los seguros (7 preguntas)

B. Derecho contractual (4 preguntas)

C. El mercado de los seguros (7 preguntas)

**II. Conceptos generales de los seguros de salud y de discapacidad** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

A. Conceptos generales

**III. Seguro de gastos médicos** (45 preguntas [60 por ciento] en el examen)

A. Seguro individual (14 preguntas)

B. Seguro grupal de gastos médicos (8 preguntas)

C. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) (8 preguntas)

D. Seguros de salud para personas de la tercera edad (15 preguntas)

**IV. Seguro de ingresos por discapacidad** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen).

A. Suscripción, precios y reclamaciones de los seguros de ingresos por discapacidad individual

**V. Seguro de atención a largo plazo** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

A. Atención a largo plazo

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.A. Conceptos y principios básicos de los seguros** (7 de las 18 preguntas sobre seguros generales)

 Ser capaz de:

1. Identificar la definición de seguro (sección 22 del CIC)

2. Reconocer la definición de riesgo

3. Diferenciar entre un riesgo puro y un riesgo especulativo

4. Identificar la definición de un riesgo próximo

5. Identificar la definición de peligro

6. Diferenciar entre los riesgos morales, de moralidad y físicos

7. Identificar la definición de la ley de los grandes números

8. Identificar la definición o el uso correcto del término “exposición a siniestros”

9. Identificar técnicas de gestión de riesgos

10. Identificar las situaciones de riesgo que presentan la posibilidad de un siniestro

11. Reconocer los requisitos de un riesgo idealmente asegurable

12. Identificar la definición de eventos asegurables (sección 250 del CIC)

13. Identificar y aplicar la definición de interés asegurable, el principio de indemnización y máxima buena fe

14. Identificar los pasos en el proceso de suscripción de seguros

15. Identificar el significado de selección adversa y la distribución rentable de las exposiciones

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.B. Derecho contractual** (4 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

1. Ser capaz de comparar el derecho contractual y el derecho de responsabilidad civil

2. Ser capaz de identificar los cuatro elementos básicos de un contrato

a. Acuerdo, oferta y aceptación

b. Partes competentes

c. Propósito legal

d. Contraprestación

3. Ser capaz de identificar el significado y el efecto de las siguientes características especiales de un contrato de seguro

a. Contrato de adhesión

b. Contrato condicional

c. Contrato aleatorio

d. Contrato unilateral

e. Contrato personal

4. Ser capaz de identificar el término “póliza de seguros” (sección 380 del CIC)

5. Ser capaz de identificar el significado y el efecto de cada uno de los siguientes elementos en un contrato:

a. Ocultación (sección 333 del CIC)

i. Ser capaz de identificar información que no tiene que comunicarse en un contrato:

1) Información conocida

2) Información que debe ser conocida

3) Información que la otra parte dispensa

4) Información que está excluida por una garantía y no es parte crucial del riesgo

5) Información que está exceptuada del seguro y no es parte crucial del riesgo

6) Información fundamentada en el juicio personal (sección 339 del CIC)

b. Garantía (secciones 440-445 y 447 del CIC)

i. Saber que una garantía puede ser expresa o implícita

ii. Saber que la violación de una garantía material le permite a la otra parte rescindir el contrato

c. Declaraciones (secciones 350-361 del CIC)

i. Saber cuándo se puede modificar o retirar una declaración (sección 355 del CIC)

ii. Saber que una declaración es falsa cuando los hechos no corresponden con sus aseveraciones o estipulaciones (sección 358 del CIC)

iii. Saber que una declaración no puede calificar como una disposición expresa en un contrato de seguros, pero sí como una garantía implícita (sección 354 del CIC)

d. Declaración falsa (secciones 780-784 del CIC)

e. Materialidad (sección 334 del CIC)

i. Saber que la materialidad debe ser determinada no por el evento, sino únicamente por la influencia probable y razonable de los hechos en la parte a la que se debe la comunicación

6. Ser capaz de identificar cuándo una aseguradora tiene el derecho de rescisión (secciones 331, 338, 359 y 447 del CIC)

a. Saber que la ocultación, ya sea intencional o no, le da derecho a la parte perjudicada a rescindir un contrato (sección 331 del CIC)

7. Ser capaz de identificar seis aspectos requisitos de todas las pólizas de seguros (sección 381 del CIC)

a. Las partes que celebran el contrato

b. La propiedad o la vida que se asegura

c. El interés del asegurado en la propiedad asegurada, si él no es el propietario absoluto de la misma

d. Los riesgos contra los cuales se compra un seguro

e. El período durante el cual debe continuar el seguro

f. Ya sea:

i. Una declaración de la prima

ii. Si el seguro es de una naturaleza en la que la prima exacta solo se puede determinar cuando finalice el contrato, una declaración de la base y las tarifas sobre las cuales se determinará y pagará la prima definitiva

g. Saber que la calificación financiera de la aseguradora no tiene que especificarse en la póliza de seguros (sección 381 del CIC)

8. Dada una situación del seguro, poder identificar los siguientes términos correctamente:

a. Aplicación, póliza, cláusula adicional

b. Cancelación, caducidad, período de gracia

c. Tasa, prima y prima devengada y no devengada.

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I. C. El mercado de los seguros** (7 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

**I.C.1. Sistemas de distribución**

1. Ser capaz de identificar diferentes sistemas de distribución que incluyen, entre otros, los siguientes:

a. Agencia

b. Respuesta directa

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.C. El mercado de los seguros** (7 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

**I.C.2. Vendedores**

1. Ser capaz de entender las reglas generales de la agencia en lo referente a un agente, corredor y compañía de seguros

a. Las responsabilidades y deberes de cada uno

b. El efecto de los tipos de autoridad que un agente puede tener (expresa, implícita y aparente)

2. Con respecto a la suscripción de los solicitantes o de los asegurados, poder:

a. Identificar las responsabilidades del vendedor

b. Comprender los requisitos de las aseguradoras

3. Ser capaz de definir lo siguiente:

a. Agente de seguros de salud y de accidentes (sección 1626(a)(2) del CIC)

b. Agente de seguros certificado (CCR, título 10, sección 6800)

c. Agente de seguros de vida (sección 1626(a)(1) del CIC)

d. Analista de seguros de vida y de discapacidad (secciones 32.5, y 1831 al 1849 del CIC)

4. Ser capaz de identificar en el CIC la definición de transacción y su importancia (secciones 35, 1631 y 1633 del CIC).

a. Conocer las sanciones por realizar transacciones sin licencia (sección 1633 del CIC)

5. Ser capaz de identificar:

a. Que el CIC prohíbe ciertas acciones por parte de personas sin licencia (sección 1631 del CIC)

b. Las sanciones por tales actos prohibidos (sección 1633 del CIC)

6. Consentimiento escrito concerniente al comercio interestatal (personas prohibidas en seguros):

a. Ser capaz de identificar las conductas prohibidas por la sección 1033, título 18 del Código de los Estados Unidos

b. Ser capaz de identificar las sanciones civiles o penales de las secciones 1033 y 1034 del título 18 del Código de Estados Unidos

7. Ser capaz de identificar las diferencias entre los términos “agente” y “corredor” con respecto a su relación con las aseguradoras y sus asegurados

a. Agente de seguros se refiere a una persona que, bajo la autorización o en representación de una aseguradora, tramita toda clase de seguros, excepto por los seguros de vida, discapacidad o salud (sección 31 del CIC)

b. Una persona con licencia de seguros de vida es aquella que está autorizada para actuar como agente de una empresa de seguros de vida o de discapacidad y tramitar seguros de vida, de accidentes y de salud (sección 32 del CIC)

c. Corredor de seguros es una persona que, por contraprestación o en representación de otra persona, tramita seguros diferentes a seguros de vida, de discapacidad o salud con una aseguradora, sin representarla (sección 33 del CIC)

8. Ser capaz de reconocer:

a. Las diferencias entre la autoridad de un agente y un representante del agente de seguros.

b. Que no existe una licencia de “representante de agente de seguros de accidentes y seguros de salud” (sección 1704(d) del CIC)

c. Que un representante del agente de seguros es una persona física empleada para ayudar a un agente o corredor de seguros en la tramitación de seguros diferentes a seguros de vida, de discapacidad o de salud (sección 1624 del CIC)

9. En cuanto un seguro de errores y omisiones de un agente de seguros, poder identificar:

a. Los tipos de cobertura disponibles

b. Los tipos de siniestros que están cubiertos y no están cubiertos por lo general

c. La necesidad de cobertura

10. Ser capaz de identificar actos prohibidos (a menos que sea un corredor de líneas de excedentes) con respecto a aseguradoras no reconocidas (sección 703 del CIC)

11. Ser capaz de identificar las prohibiciones de los seguros gratuitos (sección 777.1 del CIC)

12. Ser capaz de identificar los requisitos del CIC para lo siguiente:

a. Un nombre de agencia, uso de nombre (secciones 1724.5 y 1729.5 del CIC)

b. Cambio de dirección (sección 1729 del CIC)

c. Tramitar la solicitud de renovación de una licencia (sección 1720 del CIC)

d. Imprimir el número de licencia en los documentos (sección 1725.5 del CIC)

13. Ser capaz de identificar los registros que una aseguradora y los agentes deben llevar (secciones 10508 - 10508.5 del CIC)

14. Ser capaz de identificar las especificaciones del CIC con respecto a una investigación de solicitud de un vendedor, negación de solicitudes y suspensión o revocación de licencias (secciones 1666, 1668-1670, 1738 del CIC)

15. Ser capaz de identificar la importancia y el alcance del CIC con respecto a:

a. Presentar un aviso de nombramiento para tramitar seguros de accidentes y salud (secciones 1704 y 1705 del CIC)

b. Una licencia inactiva (sección 1704(b) del CIC)

c. Cancelación de una licencia en posesión del licenciatario o del empleador por parte del licenciatario (sección 1708 del CIC)

16. Ser capaz de identificar el alcance y el efecto del CIC con respecto a la terminación de una licencia (de vendedor), incluso cuando los vendedores disuelven una sociedad (secciones 1708-1712.5 del CIC)

17. Ser capaz de identificar y aplicar:

a. La definición del término “fiduciario”

b. Deberes fiduciarios de los vendedores (secciones 1733 - 1735 del CIC)

18. Ser capaz de identificar los requisitos de educación continua (Continuing Education, CE) de:

a. Una persona autorizada como agente de seguros de salud y de accidentes (secciones 1749.3 - 1749.33 del CIC)

i. Los agentes de seguros de salud y de accidentes, también certificados como agentes corredores de seguros de propiedades y de accidentes, pueden completar 24 horas de educación continua para cualquier tipo de licencia, tres (3) horas de las cuales deben ser sobre ética (secciones 1749.3(b) y 1749.33(b) del CIC)

ii. Un agente que suscribe un seguro de atención a largo plazo (LTC) (sección 10234.93 del CIC)

iii. Los agentes que suscriben solicitudes de cobertura de sociedades deben también cumplir requisitos adicionales de educación continua de la Asociación de California para la Atención a Largo Plazo (California Partnership for Long-Term Care, CPLTC) (CCR, título 22, sección 58056)

iv. Ni el LTC ni la CPLTC aumentan el total de horas de educación continua que deben tomar los agentes de seguros de salud y de accidentes

19. Ser capaz de identificar la definición de “administrador” (sección 1759 del CIC)

20. En relación con una licencia de analista de seguros de vida y de discapacidad, poder identificar los requisitos y prohibiciones de cobro de tarifas (sección 1848 del CIC)

Los siguientes objetivos educativos se derivan del Código de Seguros de California (CIC) y los códigos de ética de las principales organizaciones del sector. Esta es la base para las preguntas del examen para agentes de seguros de salud y de accidentes.

21. Ser capaz de identificar y aplicar el significado de lo siguiente:

a. Colocar primero los intereses del cliente

b. Conocer su trabajo y continuar mejorando su nivel de competencia

c. Identificar las necesidades del cliente y recomendar los productos y servicios que las satisfagan

d. Presentar de manera precisa y honesta los productos y servicios

e. Hablar con un lenguaje simple y lenguaje sencillo siempre que sea posible

f. Mantenerse en contacto con los clientes y realizar revisiones periódicas de la cobertura

g. Proteger su relación de confidencialidad con su cliente

h. Mantenerse informado sobre las leyes y regulaciones sobre seguros y obedecerlas

i. Prestar un servicio ejemplar a sus clientes

j. Evitar observaciones imparciales o erróneas acerca de la competencia

22. Ser capaz de identificar que el CIC y el Código de Regulaciones de California (CCR) identifican muchas prácticas no éticas o ilegales, pero que estas NO se consideran una guía completa sobre el comportamiento ético

23. Ser capaz de identificar inquietudes éticas especiales que pudieran ocurrir al tratar con personas de la tercera edad

24. Ser capaz de identificar las modificaciones que un agente puede hacer a la solicitud de discapacidad suscrita de un solicitante (sección 10382 del CIC)

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.C. El mercado de los seguros** (7 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

**I.C.3. Aseguradoras**

1. Ser capaz de diferenciar entre:

a. Una aseguradora reconocida y no reconocida (secciones 24-25 del CIC)

b. Aseguradoras nacionales, extranjeras y foráneas (secciones 26-27 del CIC)

c. Regulación de aseguradoras reconocidas y no reconocidas, y las consecuencias potenciales para los clientes (secciones 24, 25 y 1760 a 1780 del CIC)

2. Ser capaz de identificar la sanción por actos ilegales como aseguradora sin un certificado de autoridad (sección 703 del CIC)

3. Ser capaz de identificar las funciones de las siguientes divisiones operativas principales de las aseguradoras: mercadeo o ventas, suscripción, reclamaciones y actuarial

4. Ser capaz de identificar que una aseguradora principal (por ejemplo, una compañía cedente) es la compañía de seguros que transfiere su exposición a siniestros a otra aseguradora en una tramitación de reaseguro

5. Saber que cualquier persona, asociación, organización, sociedad, fideicomiso empresarial, sociedad de responsabilidad limitada o corporación con la capacidad de hacer un contrato puede ser una aseguradora (secciones 19 y 150 del CIC)

6. Ser capaz de diferenciar entre aseguradoras mutualistas, por acciones y fraternales

a. Excedentes devengados

b. Excedentes divisibles como dividendos de la póliza

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.C. El mercado de los seguros** (7 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

**I.C.4. Regulación del mercado: generalidades**

1. Ser capaz de identificar:

a. El Código de Seguros de California y cómo puede ser modificado

b. El Código de Regulaciones de California (CCR título 10, capítulo 5) y cómo puede ser modificado

c. Cómo se elige al comisionado de seguros y las responsabilidades del cargo (secciones 12900 y 12921 del CIC)

2. Ser capaz de identificar que el Departamento de Seguros de California (CDI) tiene jurisdicción sobre las entidades que brindan coberturas que tienen como fin pagar los servicios y gastos de los proveedores de atención médica, a menos que estos cuenten con la debida licencia o certificación de otros organismos gubernamentales (sección 740 del CIC)

a. El CDI es la entidad reguladora principal de emisores de la mayoría de los planes de organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) y de organizaciones de proveedores exclusivos (Exclusive Provider Organization, EPO) y otras compañías de seguros de discapacidad

b. El Departamento de [Atención Médica Administrada de California](http://www.dmhc.ca.gov/) es la entidad reguladora principal de los emisores de todos los planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) y puntos de servicio (Point of Service, POS), y algunos planes de PPO y EPO, <http://www.dmhc.ca.gov/>

3. Ser capaz de identificar la aplicación correcta del artículo de Prácticas injustas, incluyendo sus prohibiciones y sanciones (secciones 790 - 790.15 del CIC)

a. Saber que solo el Comisionado puede hacer cumplir las disposiciones de la Ley de Prácticas Desleales

4. Ser capaz de identificar las disposiciones de protección de la privacidad de:

a. La Ley Gramm-Leach-Bliley (Gramm-Leach-Bliley Act, GLBA)/Ley de Privacidad de la Información Financiera de California (secciones 4050 a 4060, Código Financiero de California)

b. Ley de Protección de la Información y la Privacidad de los Seguros sobre las prácticas, prohibiciones y sanciones (secciones 791-791.29 del CIC)

5. Ser capaz de definir una aseguradora insolvente (sección 985 del CIC)

a. Saber la definición de capital pagado (secciones 36 y 985 del CIC)

b. Saber que negarse a entregar libros, registros o bienes al comisionado una vez que se ha ejecutado una orden de embargo en un procedimiento por insolvencia constituye un delito menor (sección 1013 del CIC)

6. Ser capaz de identificar el alcance y la aplicación correcta de los procedimientos de conservación descritos en las secciones 1011, 1013 y 1016 del CIC

7. Ser capaz de identificar el propósito y el alcance del Código con respecto a la Asociación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de California (California Life and Health Insurance Guarantee Association, CLHIGA) (secciones 1067.02(a)(1), 1067.02(b)(1) del CIC)

a. Cobertura básica y exclusiones de la CLHIGA (secciones 1067 - 1067.18 del CIC)

 8. Ser capaz de identificar el alcance y la aplicación correcta del artículo de reclamaciones falsas y fraudulentas del Código (secciones 1871 y 1871.4 del CIC)

a. Esfuerzos para combatir el fraude (secciones 1872, 1874.6, 1875.8, 1875.14, 1875.20 y 1877.3(b)(1) del CIC)

b. Que si una aseguradora firma un formulario de reclamación falso, el asegurado puede ser declarado culpable de perjurio

9. Ser capaz de identificar los requisitos para la interrupción y sustitución del Seguro de Discapacidad Grupal (secciones 10128.1 - 10128.4 del CIC)

10. Ser capaz de identificar prácticas discriminatorias prohibidas por el Código de Seguros de California (secciones 10140-10145 del CIC)

11. Ser capaz de identificar el significado de debe y puede (sección 16 del CIC):

12. Ser capaz de identificar los requisitos de notificación por correo y transmisión electrónica (secciones 38 y 38.6 del CIC)

**I. Seguro general** (18 preguntas [25 por ciento] en el examen)

**I.C. El mercado de los seguros** (7 preguntas de las 18 preguntas sobre seguros generales)

**I.C.5. Regulaciones de las prácticas de liquidación de reclamaciones justas** (CCR, título 10, capítulo 5, subcapítulo 7.5, artículo 1)

1. Ser capaz de identificar una definición de lo siguiente:

a. Reclamante (sección 2695.2(c) del CIC)

b. Notificación de acción legal (sección 2695.2(o) del CCR)

c. Prueba de reclamaciones (sección 2695.2(s) del CIC)

2. Ser capaz de identificar documentos de archivo y registro (sección 2695.3 del CCR)

3. Ser capaz de identificar los deberes ante la recepción de comunicaciones (sección 2695.5 del CCR)

4. Ser capaz de identificar las normas de liquidaciones rápidas, justas y equitativas (secciones 2695.7(a), (b), (c), (g) y (h) del CCR)

**II. Conceptos generales de seguro de salud y de discapacidad** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

**II.A. Conceptos generales** (4 preguntas de las 4 preguntas sobre seguros de salud y de discapacidad)

1. Ser capaz de identificar o aplicar el conocimiento de lo siguiente:

a. Medio accidental frente a lesión corporal accidental

Accidente frente a enfermedad Coaseguro

Copago Deducible

Período de espera Ampliación de beneficios

Concepto de controlador Atención administrada

Titular de póliza maestra Enfermedades preexistentes

Período de prueba Disposición de límite máximo del siniestro (stop-loss)

Exención de prima Período de espera

b. Características de posibilidades de cancelación y renovación (por ejemplo, cancelación, renovación opcional, renovación condicional, renovación garantizada, imposibilidad de cancelar)

2. Ser capaz de identificar una definición de las siguientes pólizas de seguro limitadas:

a. Accidentes de viaje

b. Enfermedad especificada o grave y afección crítica

c. Ingresos hospitalarios e indemnización por hospitalización

d. Solo accidentes

e. Seguro de crédito por discapacidad

3. Ser capaz de describir los planes de beneficios limitados de acuerdo con:

a. Pólizas que proveen beneficios por los gastos incurridos por una lesión accidental solamente

b. Pólizas que pagan montos fijos por enfermedades u otras afecciones específicas

c. Pólizas que otorgan beneficios por servicios limitados especificados

d. Pólizas de indemnización y otras pólizas que pagan un monto fijo por día, sin incluir las pólizas de atención a largo plazo

**III. Seguro de gastos médicos** (45 preguntas [60 por ciento] en el examen)

**III.A. Seguro individual** (14 preguntas de las 45 preguntas sobre seguros deaccidentes y salud)

1. Ser capaz de identificar:

a. Los tipos principales de planes

i. HMO

ii. PPO

iii. EPO

b. Planes de salud manejados por el cliente (Consumer Driven Health Plan, CDHP)

1) Punto de servicio (POS)

2) Cuentas de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA)

3) Planes de salud de deducible alto (High Deductible Health Plan, HDHP) y Cuentas de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA)

c. Coberturas opcionales

i. Odontología para adultos

ii. Salud visual para adultos

iii. Saber que los beneficios limitados de salud odontológica y visual para pacientes pediátricos son obligatorios

d. Asuntos y disposiciones contractuales (deducibles, período de gracia, períodos de espera, derecho a rescisión, coordinación de beneficios, coseguro, deducible, copagos, gastos directos máximos)

e. Exclusiones y limitaciones comunes

**III. Seguro de gastos médicos** (45 preguntas [60 por ciento] en el examen)

**III.B. Seguro grupal de gastos médicos** (8 preguntas de las 45 preguntas sobre segurosde accidentes y salud)

1. Conocer las siguientes características del seguro grupal de gastos médicos:

a. Grupos amparados (secciones 10270.5, 10270.505, 10270.55 y 10270.57 del CIC)

i. Grupos pequeños (de 2 a 100 empleados)

ii. Grupos grandes (más de 101 empleados)

iii. Requisitos de participación con aportación frente a sin aportación

b. Formas de cobertura

i. Planes de atención (HMO, POS, PPO, EPO)

ii. Planes autofinanciados o autoasegurados

1) Saber que las regulaciones prohíben los planes autoasegurados de salud de “asociaciones”.

iii. Modelos manejados por el consumidor

1) Cuentas de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA)

2) Cuentas de reembolso para la salud (Health Reimbursement Account, HRA)

3) Cuentas de ahorro para la salud (HSA)

c. Cobertura para dependientes de empleados asegurados (sección 10270.65 del CIC)

i. Parejas de hecho registradas (sección 10121.7 del CIC)

d. Seguro global (sección 10270.2 del CIC)

2. Consideraciones de suscripción de seguros de salud para grupos grandes

a. Categoría(s) profesional(es) representada(s)

b. Experiencia con grupos grandes y reclamaciones previas

3. Seguro de salud para grupos pequeños

a. Emisión garantizada

B. Las empresas con 25 empleados o menos pueden tener derecho a créditos fiscales federales para las primas

i. Deben comprar un seguro de salud mediante el programa Covered California para pequeñas empresas (CCSB)

 c. Acuerdo de reembolso de gastos salud para empresas pequeñas calificadas (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)

4. Ser capaz de identificar el impacto de la siguiente legislación en el seguro de salud grupal

a. Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA)

b. Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA 1985)

c. Ley para Estadounidenses con Discapacidad (Americans with Disabilities Act, ADA)

d. Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

e. Ley de Licencia por Razones Familiares y Médicas (Family and Medical Leave Act, FMLA)

f. Ley contra la Discriminación del Embarazo

g. Ley de Paridad de Salud Mental

h. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA)

i. Pagos y otras sanciones de “Responsabilidad Compartida” del empleador

i. Cal-COBRA

**III. Seguro de gastos médicos** (45 preguntas [60 por ciento] en el examen)

**III.C. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA)** (Ley pública 111 a 148) (8 preguntas de las 45 preguntas sobre seguros de accidentes y salud)

1. Ser capaz de identificar el propósito de la Ley

2. Información general

a. Derecho a Medi-Cal según el ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI)

i. Las personas de 19 a 64 años califican con ingresos familiares de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FLP)

ii. Los menores de 19 años califican si el ingreso familiar es de hasta 266% del FPL

b. Derecho de MAGI para reducciones de costos compartidos (Cost Sharing Reductions, CSR)

i. Los consumidores califican para diferentes CSR entre 138 y 250% del FPL

c. Saber que el seguro de salud ahora tiene emisión garantizada

i. Conocer la definición de período de inscripción abierta

ii. Conocer los requisitos para un período de inscripción especial

d. Puede haber disponibles créditos fiscales anticipados para las primas (Advance Premium Tax Credits, APTC) para determinados hogares con ingresos no superiores al 400% del FPL

i. Calculado por la Bolsa de beneficios médicos de California (Covered California) y pagado por la Bolsa a las aseguradoras

3. Definiciones de PPACA

a. Plan de Salud Calificado (Qualified Health Plan, QHP)

b. Emisión garantizada (todas las pólizas de salud grupales e individuales nuevas)

c. Créditos fiscales anticipados para las primas

d. Beneficios de salud esenciales

e. Período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP)

f. Requisitos para un período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP)

g. Reducciones de los costos compartidos

h. Niveles de los planes de salud: bronce, plata, oro, platino

4. Ser capaz de identificar y diferenciar entre

a. QHP

b. Cobertura esencial mínima

i. Requisito mínimo de valor actuarial de cada nivel de beneficios

c. Beneficios de salud esenciales

5. Bolsa de beneficios médicos de California (Bolsa individual y Covered California para pequeñas empresas (CCSB))

a. Los consumidores deben comprar un QHP a través de Covered California para obtener créditos fiscales para las primas

i. Saber que el programa CCSB atiende a pequeñas empresas con hasta 50 empleados

b. Saber que los agentes que suscriben solicitudes para QHP a través de Covered California primero deben cumplir todos los acuerdos de agentes de Covered California y los requisitos de certificación

6. Saber que la cobertura para menores bajo la póliza individual o grupal de uno de los padres puede extenderse hasta los 26 años, a menos que el menor califique como un dependiente discapacitado.

a. Saber que COBRA permite que un menor que cumple la edad máxima de un plan de salud grupal continúe la cobertura bajo el plan grupal por hasta 36 meses

7. Conocer la definición de relación de siniestros médicos (Medical Loss Ratio, MLR)

a. Planes individuales 80 por ciento

b. Planes grupales 85 por ciento

c. Saber que cualquier aseguradora que no cumpla la prueba de MLR en un año calendario para todos los planes en un segmento de mercado determinado (individual o grupal) debe reembolsar los excedentes de primas a los consumidores inscritos en los planes en ese segmento de mercado

**III. Seguro de gastos médicos** (45 preguntas [60 por ciento] en el examen)

**III.D. Seguros de salud para personas de la tercera edad** (15 preguntas de las 45 preguntas sobre seguros de accidentes y de salud)

1. Medicare

a. Ser capaz de describir Original Medicare y Medicare Advantage

b. Para Medicare, ser capaz de identificar quiénes tienen derecho a cobertura:

i. Ciudadanos y residentes legales de 65 años o más

1) Deben inscribirse en cuanto cumplan los requisitos o estarán sujetos a multas por inscripción tardía (10% de la prima aplicable por el doble de tiempo en que un beneficiario no estuvo inscrito en la Parte A, 10% de sanción de por vida por cada período de 12 meses en que no estuvo inscrito en la Parte B)

2) Los residentes legales deben haber vivido en los Estados Unidos al menos cinco años

3) Primas mensuales de la Parte A requeridas cuando el beneficiario no está “completamente asegurado” bajo el Seguro Social

a) De 30 a 39 créditos

b) De 0 a 29 créditos

ii. Seguro por discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI): dos años

iii. Enfermedad renal en etapa terminal (ERET) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA, conocida como “Enfermedad de Lou Gehrig”)

c. Medicare Parte A (seguro hospitalario). Debe ser capaz de identificar:

i. Cobertura de pacientes hospitalizados (no incluye honorarios de médicos ni cirujanos)

ii. Período de beneficios (fechas de comienzo y finalización)

iii. Deducible anual por admisión en hospital

iv. Copagos para 61 a 90 días de hospitalización, y 60 días de reserva de por vida

1) Cuando se agotan los días de reserva de por vida, no hay un máximo de gastos directos para las hospitalizaciones después de 90 días

v. Se puede cubrir atención a domicilio y cuidados paliativos después de una hospitalización

vi. Limitaciones de por vida para hospitalización por salud mental

d Medicare Parte B (seguro médico). Debe ser capaz de identificar:

i. Inscripción en la Parte B

1) Período inicial en que se cumplen los requisitos (lapso de siete meses)

2) Cumplimiento automático de requisitos a los 65 años para los ciudadanos y residentes legales con derecho a la Parte A

3) La inscripción se puede rechazar o retrasar sin sanción mientras esté cubierto por un plan de salud patrocinado por el empleador

4) Período de inscripción especial (lapso de ocho meses)

5) Período general de inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo)

ii. Todos los beneficiarios pagan una prima mensual. A los beneficiarios de ingresos altos se le aplican primas mensuales más altas.

iii Deducible anual

iv. Coseguro (generalmente 80 a 20)

v. Beneficios

1) Servicios de diagnóstico y atención médica ambulatoria médicamente necesarios

2) Servicios de médicos y cirujanos (dentro y fuera del hospital)

3) La Parte A no cubre salud a domicilio ni cuidados paliativos

4) No hay un máximo anual de gastos directos para reclamaciones de la Parte B

5) Diferencias de pago entre el uso de médicos aprobados frente a médicos no aprobados

e. Seguro complementario de Medicare. Debe ser capaz de identificar:

i. Las pólizas del seguro complementario de Medicare estandarizadas a nivel federal y las interrupciones de cobertura de Medicare que deben cubrir

 1) Los beneficios básicos (o “principales”) del Plan A son aplicables a todos los planes

 2) Los beneficios adicionales incluidos en los planes B, C, D, F (incluidas las opciones de deducible alto e innovadoras), G, K, L, M y N

ii. Requisitos del Código de Seguros de California (CIC) con respecto a lo siguiente:

1) Se requieren beneficios en cada plan estandarizado (sección 10192.8 del CIC) y planes Medicare Select (sección 10192.10 del CIC)

a) Saber que las aseguradoras que ofrecen pólizas de seguro complementario de Medicare deben ofrecer el Plan A del seguro complementario de Medicare y el Plan C o F

b) Período de inscripción abierta descrito en la sección 10192.11 del CIC y preguntas sobre la solicitud descritas en la sección 10192.18 del CIC

c) Períodos de emisión garantizada descritos en la sección 10192.12 del CIC

d) Comisiones permitidas (sección 10192.16 del CIC)

e) Ventas y reemplazos inapropiados (sección 10192.20 del CIC)

f) Saber que una persona no puede recibir beneficios de más de un plan de seguro complementario de Medicare y que las solicitudes deben incluir una pregunta para identificar a las personas que ya están inscritas en un plan de seguro complementario de Medicare

i) Saber que Medicare Advantage no es un plan de seguro complementario de Medicare y no se coordina con los planes de dicho seguro

iii. Requisitos de información de Medicare sobre:

a) Descripción de cobertura (sección 10192.17(l)(3)(G) del CIC)

b) Solicitud (sección 10192.18(a)(6) del CIC)

c) Reemplazo (sección 10192.18(e) del CIC)

d) Guía anual de tarifas del Comisionado (sección 10192.20(e)(4) del CIC)

f. Para Medicare Parte C (Medicare Advantage), describir los aspectos de atención administrada de la cobertura brindada por las organizaciones de atención médica

i. Modelos de HMO y PPO

ii. Planes privados de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS)

iii. Planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP)

1) Doble derecho a Medicare – Medi-Cal (“Medi-Medi”)

a) Objetivo

b. Requisitos: quiénes tienen derecho, incluidos aquellos con costos compartidos

2) Personas con ERET

iv. Saber que la inscripción en un PDP independiente finaliza automáticamente la inscripción en un plan Medicare Advantage

v. Cobertura

1) Debe cubrir todos los beneficios brindados bajo Original Medicare, pero puede cubrir reclamaciones en mayor medida que Original Medicare

2) Puede reducir los gastos directos para la atención médica de personas de la tercera edad

3) Puede incluir beneficios adicionales de atención médica no cubiertos por Original Medicare

4) Puede incluir servicios y beneficios opcionales o de “valor agregado”

g. Para Medicare Parte D (plan de medicamentos de venta con receta), debe ser capaz de identificar:

i. La inscripción es opcional

1) Que dejar mantener la “cobertura acreditable” para medicamentos de venta con receta después de los 65 años de edad puede tener como consecuencia una multa de por vida del uno por ciento de la prima mensual por cada mes sin dicha cobertura

ii. Primas, deducibles y copagos

iii. Ser capaz de identificar cómo los períodos de inscripción de Medicare:

1) Período de inscripción inicial (Initial Enrollment Period, IEP)

A. Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) también conocido como período de inscripción abierta (OEP)

B. Período de inscripción especial (SEP)

iv. Que los PDP pueden comprarse como planes independientes o integrarse en los planes Medicare Advantage (“MAPD”)

v. Que un beneficiario puede inscribirse en un PDP si está inscrito en la Parte A o B

vi. Los períodos de cobertura, deducibles y copagos en un PDP

vii. El período de interrupción de cobertura y período catastrófico de cobertura, y cuándo se aplica cada uno a un beneficiario

viii. Las compañías de seguros deben crear y presentar anualmente un formulario

1) Ser capaz de explicar los “niveles” del formulario y su importancia

2) Un formulario debe incluir al menos dos medicamentos en cada categoría de tratamiento, pero no es obligación que incluya todos

h. Ser capaz de identificar cómo se manejan los pagos de reclamaciones de Medicare bajo el programa de Pago por servicio de Original Medicare:

i. Las reclamaciones de Medicare son presentadas por proveedores de atención médica y de equipos médicos aprobados a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)

ii. “Asignación de Medicare” frente a no asignación

iii. Qué información se comparte en un "Aviso de resumen de Medicare" (Medicare Summary Notice, MSN)

iv. Exclusiones comunes de cobertura para las Partes A y B

v. Cuándo un beneficiario tiene el derecho de apelación y cómo se procesa

2. El Programa de Asesoramiento y Defensa sobre los Seguros de Salud (Health Insurance and Counseling Advocacy Program, HICAP)

a. Ser capaz de identificar que HICAP es un programa federal, financiado por el gobierno estatal y federal que brinda asistencia gratuita a los beneficiarios de Medicare y a sus familias mediante Medicare, Medicare Advantage, el seguro complementario de Medicare, planes de medicamentos de venta con receta, Medi-Cal y seguro de atención a largo plazo

i. Servicios educativos, de defensa del consumidor y de asistencia legal prestados

ii. El programa es administrado por el Departamento para Personas de la Tercera Edad y es operado a nivel local por agencias del área para personas de la tercera edad

iii. Los programas HICAP brindan asistencia por teléfono o en persona; algunos también pueden brindar asistencia legal sobre Medicare y Medi-Cal

1) Se puede encontrar información de contacto de las agencias locales de HICAP en: <https://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/AAA/AAA_Listing.aspx>

**IV. Seguro de ingresos por discapacidad** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen).

**IV.A. Suscripción y precios, reclamaciones de seguros de ingresos por discapacidad individual**  (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

1. Objetivo del seguro

a. Prevención de la selección adversa

b. Clasificación correcta de los riesgos

i. Ser capaz de diferenciar entre la clasificación de riesgos preferida, estándar y subestándar

ii. Respuestas de suscripción a riesgos subestándar

2. Proceso de suscripción

a. Ser capaz de identificar la responsabilidad del agente como el asegurador de campo

i. Suscripción de campo antes de la solicitud

ii. El informe del agente

iii. Saber que las aseguradoras no deben hacer distinciones injustas entre las personas que se suscriben por el riesgo de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (sección 799 del CIC)

iv. Saber que las aseguradoras no pueden discriminar injustamente sobre la base de las pruebas de las características genéticas de una persona (sección 10146 del CIC)

1) “Características genéticas” significa cualquier gen o cromosoma que se pueda identificar a nivel científico o médico y que se sepa como causa de una enfermedad o un trastorno que actualmente no está asociado con ningún síntoma de ninguna enfermedad o trastorno (sección 10147(b) del CIC)

b. Cómo llenar la solicitud

i. El agente debe llenar la solicitud con la mayor precisión y veracidad

ii. Saber que los requisitos básicos de suscripción variarán en función de la compañía

c. Saber que se puede necesitar información adicional si una solicitud revela ciertas afecciones de salud u otras exposiciones a riesgos

i. Informe de MIB Inc. (anteriormente “Oficina de Información Médica”)

ii. Declaración del médico tratante (Attending Physician’s Statement, APS)

iii. Informe de crédito o inspección

iv. Informe del Departamento de Vehículos Motorizados (Department of Motor Vehicle, DMV)

v. Cuestionarios de actividades peligrosas (por ejemplo, aviación, buceo, carreras de automóviles, embarcaciones o motocicletas)

vi. Pruebas médicas adicionales (p. ej., electrocardiograma (ECG), prueba de esfuerzo, examen médico)

3. Resultados de la suscripción

a. Aseguradora

b. Asegurado

c. Agente

4. Ser capaz de identificar los siguientes componentes de fijación de tarifas:

a. Morbilidad

b. Gastos de la aseguradora

c. Retorno de la inversión

d. Duración del beneficio

 i. Período de prueba

 ii. Período de espera

5. Para seguros de ingresos por discapacidad, ser capaz de identificar:

a. La necesidad de cobertura

b. Definiciones de discapacidad parcial o total (incluida la definición del Seguro Social) y requisitos

c. Diferencias entre cobertura ocupacional y no ocupacional

d. Razones para las limitaciones de las aseguradoras en los montos de cobertura

e. Objetivos y necesidades de discapacidad a largo plazo frente a pólizas de discapacidad de corto plazo

 i. Razones por las que las personas pueden necesitar solo una o ambas coberturas

6. Ser capaz de identificar los usos del seguro de ingresos por discapacidad:

a. Póliza de ingresos por discapacidad individual

b. Póliza de gastos empresariales generales

c. Póliza de compra por discapacidad de socio o accionista

d. Póliza de ingresos por discapacidad grupal

e. Pólizas para empleados y socios clave

7. Ser capaz de identificar cómo y por qué cada uno de los siguientes factores de cumplimiento de requisitos o calificación puede influir en las estructuras de calificación:

a. Edad

b. Sexo

d. Clasificación de trabajo

e. Pasatiempos

f. Salud (actual y presente)

8. Ser capaz de identificar las deudas por impuestos sobre la renta de las primas y beneficios para los participantes y de los patrocinadores de las siguientes pólizas:

a. Grupal

b. Individual

9. Ser capaz de identificar cada una de las siguientes disposiciones o cláusulas adicionales del seguro por discapacidad:

a. Beneficios máximos y mínimos

b. Notificación de reclamación

c. Disposición de aumento automático/disposición de compra futura

d. Ocupación propia frente a cualquier definición de ocupación de discapacidad

e. Cláusula adicional de costo de vida

f. Período de beneficios

g. Cláusula adicional (o suplemento) de sustituto del Seguro Social

h. Integración de beneficios

i. Discapacidad residual

j. Discapacidad recurrente

k. Beneficio de rehabilitación

l. Beneficio de trasplantes

**V. Seguro de atención a largo plazo** (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

**V.A. Seguro de atención a largo plazo** (sección 10231 del CIC) (4 preguntas [5 por ciento] en el examen)

1. Ser capaz de identificar lo siguiente en cuanto al seguro de atención a largo plazo:

a. Por qué podría requerirse esta cobertura (es decir, limitaciones de Medicare, requisitos de Medi-Cal)

b. Los niveles de atención estándar

i. Enfermería especializada

ii Enfermería intermedia

iii. Enfermería de custodia o no especializada

iv. Atención a domicilio

v. Servicios comunitarios

c. Los lugares donde se prestan generalmente los servicios

i. Asilos

ii. Centros de asistencia para las actividades cotidianas

iii. Centros de atención residencial para ancianos (Residential care facilities for the elderly, RCFE)

iv. Ámbito del hogar, cuidado personal

v. Cuidados paliativos

vi. Cuidados de relevo

vii. Centros de cuidado diurno de adultos

d. Lo que activa los beneficios de las pólizas: las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, AVD), discapacidad cognitiva o enfermedad de Alzheimer

e. Estándares y responsabilidades de mercadeo, incluido el Programa de Asesoramiento y Defensa sobre los Seguros de Salud (HICAP) (sección 10234.95(c)(3) del CIC)

f. Formas disponibles de cobertura LTC

i. Pólizas individuales y grupales

1) Beneficios fiscales

2) Beneficios no fiscales

3) Asociación de California para la Atención a Largo Plazo (CCR, título 22, sección 58056)

 4) Endoso o cláusula adicional de póliza de vida o renta vitalicia

g. Renovación y tarifas garantizadas

2. Protección al consumidor con respecto al seguro de atención a largo plazo:

a. Conocer el requisito para que los vendedores realicen la capacitación sobre LTC antes de vender productos (sección 10234.93 del CIC)

b. Ser capaz de identificar las disposiciones sobre el deber de honestidad, buena fe y trato justo (sección 10234.8 del CIC)

c. Ser capaz de identificar las disposiciones relativas a la sustitución del seguro de atención a largo plazo (sección 10234.85 del CIC)

d. Ser capaz de identificar los requisitos de información para la publicidad no solicitada (secciones 10234.9(c) y 10234.93(b)(3) del CIC)

e. Ser capaz de identificar las disposiciones de las normas de idoneidad (sección 10234.95 del CIC)

i. Conocer los requisitos de llenar la hoja de trabajo personal de seguro de LTC

f. Ser capaz de identificar las disposiciones sobre la cobertura de reemplazo (sección 10234.97(a) y (b) del CIC)

 i. Conocer las limitaciones sobre la remuneración de vendedores por

 pólizas reemplazadas