Estado Libre Asociado de Puerto Rico
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS
Apartado 3508 "S" Estación Viejo San Juan
San Juan, Puerto Rico 00905

Núm. 2929
Fecha: noviembre de 1982 4:00 p.m.
Aprobado: Carlos S. Quirós
Secretario de Estado
Por: [signature]
Secretaria Auxiliar de Estado

ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL CODIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO

Sección 1. En virtud de las disposiciones que establece el Artículo 2.040 del Código de Seguros de Puerto Rico, por este medio hago saber a la industria de seguros, a los consumidores de seguros y al público en general, que hemos enmendado la Regla L del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico como sigue:

REGLA L

REQUISITOS PARA EL SEGURO COMPLEMENTARIO A LOS BENEFICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE")

Autoridad de Ley: Artículos 2.030, 11.110 y 11.120

Artículo 1. Propósito. El propósito de esta Regla es sentar las pautas para la estandarización y la simplificación de los términos establecidos y las cubiertas ofrecidas en las pólizas de seguros por incapacidad, complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), así como los beneficios ofrecidos por otros planes de salud, con el fin de ayudar a que el público los entienda y los compare y eliminar también de esas pólizas y de esos planes, aquellas disposiciones que sean engañosas o causen confusión, ya sea con respecto a la adquisición de esas cubiertas o a la presentación de reclamaciones, además de disponer que se dé toda la información en la venta de esas cubiertas.

Artículo 2. Alcance

(1) Esta regla se aplica a todas las pólizas de seguros por incapacidad complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") y a otros planes de salud complementarios a dicho Programa, ofrecidos por organizaciones privadas y emitidos, entregados o emitidos para ser entregados en Puerto Rico, en la fecha que esta enmienda comience a regir o después de esa fecha; con la salvedad de que no se aplicará a pólizas individuales o a contratos emitidos conforme al privilegio de conversión de una póliza individual o colectiva o un

contrato de seguros por incapacidad, siempre que tales pólizas o contratos individuales o colectivos contengan disposiciones incompatibles con los requisitos establecidos en esta regla ni tampoco a aquellas pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), que se emitan a personas elegibles y que se agreguen a planes de franquicia, existentes cuando esta regla comience a regir.

(2) Las disposiciones de esta regla que estén en desacuerdo con las disposiciones de cualquier otra regla antes promulgada, tendrán supremacía y serán las que predominen sobre el seguro complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

Artículo 3. Definiciones. Para los propósitos de esta Regla, los términos que a continuación presentamos tendrán los significados que aquí ofrecemos. Ninguna póliza relacionada con esta Regla podrá tener definiciones o términos en lo tocante a los asuntos aquí establecidos, a no ser que esas definiciones o esos términos concuerden con los requisitos establecidos en esta Regla.

(1) "Póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada" ("Medicare"), se define como una póliza de seguros por incapacidad u otro plan de beneficios de salud, que las organizaciones privadas ofrezcan a los individuos con derecho a recibir pagos del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), por los gastos del cuidado de la salud, Título XVIII de la Ley sobre el Seguro Social ("Medicare"), como hasta ahora constituida y como se le enmiende en el futuro, la que le ofrece retribución por concepto de los gastos que conlleven los servicios recibidos y cualquier otro gasto que pueda

pagarse mediante el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), pero que no sean retribuibles debido a la aplicación de deducibles, sumas de coaseguro u otras restricciones que imponga el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), mas no incluye ningún tipo de póliza o plan del patrono, grupo de patronos, organizaciones laborales ni de los fiduciarios de un fondo que estableciera un patrono, grupo de patronos, organizaciones laborales ni la combinación de éstos; como tampoco incluye ningún tipo de póliza o plan para empleados, anteriores empleados o la combinación de éstos ni para los miembros de las organizaciones laborales, sus anteriores miembros o la combinación de éstos, así como tampoco para los miembros de ninguna asociación de profesionales, de comerciantes o de trabajadores, sus anteriores miembros ni aquellos ya jubilados o la combinación de éstos, si a dicha asociación:

(a) La componen todos aquellos individuos que se desempeñan en el mismo tipo de profesión, negocio u ocupación;

(b) la sostienen de buena fe, con otros propósitos que no sean los de conseguir un seguro;

(c) ha permanecido como tal al menos durante dos años antes de la fecha en que por primera vez se ofreciera tal póliza o plan a sus miembros.

(2) El "Solicitante",

(a) en caso de ser una póliza individual complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o un contrato al suscriptor, será la persona que trata de conseguir un contrato por los beneficios de

un seguro y

(b) en caso de ser una póliza colectiva complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o un contrato al suscriptor, será el candidato a tenedor del certificado.

(3) El "Certificado", para los fines de esta Regla, será cualquier certificado emitido conforme a una póliza colectiva complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), la cual se haya entregado o se haya emitido para ser entregada en Puerto Rico.

(4) Para los fines de este Artículo, el término "póliza" comprenderá el certificado que se extienda por concepto de ese tipo de póliza, la cual se haya emitido, entregado o se haya emitido para ser entregada en Puerto Rico. Una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), solamente es aquella que se espera devuelva a los tenedores de pólizas el 75%, como mínimo, del importe global de primas cobradas, en caso de tratarse de pólizas colectivas y por lo menos el 60% de dicho importe, en caso de tratarse de pólizas individuales; según el cálculo hecho para el período completo por el que se hagan los cómputos de las tarifas para proveer una cubierta, a base de la experiencia de reclamaciones incurridas y las primas devengadas por ese período y de acuerdo con los principios y las prácticas actuariales aceptadas.

(5) El término "hospital" se podrá definir en términos de su naturaleza, los recursos con que cuenta y los servicios que ofrece.

(a) La definición del término "hospital", como requisito mínimo, aunque no se limita únicamente a ello, exigirá que el hospital:

1. sea una institución con licencia para ser un hospital y que funcione de conformidad con las leyes;
2. tenga como propósito principal y continuo el de proporcionar asistencia médica y de diagnóstico y que cuente con recursos quirúrgicos especializados, ya sea en sus predios o en establecimientos a disposición del hospital, mediante acuerdo previo y que los supervisen médicos con licencia para ejercer su profesión, para la atención y el tratamiento de enfermos o de personas con lesiones, como pacientes que se les cobra por su estancia en dicho lugar;
3. cuente con los servicios profesionales de enfermeras o con la supervisión de este personal durante las 24 horas del día.

(b) La definición del término "hospital" podrá indicar que no ha de incluir:

1. clínicas de convalecencia ni establecimientos de convalecencia, de descanso o para el cuidado de la salud;
2. dependencias cuyo principal fin sea el de dar servicios de custodia, educativos o de rehabilitación;
3. recintos para personas de edad avanzada, de adictos a las drogas o de alcohólicos; ni
4. ningún hospital militar o para veteranos, clínica para soldados ni ningún hospital contratado o dirigido por el gobierno de una nación ni agencia gubernamental de ésta, para dar tratamiento a miembros de las fuerzas

armadas o sus antiguos miembros, excepto por los servicios que se presten, por motivo de una emergencia, en que haya responsabilidad legal por los cargos cobrados al individuo por recibir esos servicios.

(6) Los términos "hogar de convalecencia" ("convalescent nursing home"), "establecimiento para cuidados médicos que se prestan fuera del hospital" ("extended care facility") o "casa de salud" ("skilled nursing facility") se podrán definir en términos de su naturaleza, los recursos con que cuenta y los servicios que ofrece.

(a) La definición para clínica o establecimiento de este tipo, como requisito mínimo, aunque no se limita únicamente a ello, exigirá que:

1. funcione de conformidad con las leyes;
2. esté acreditado para recibir el pago de los beneficios del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o cumpla con los requisitos mínimos para otorgársele dicha acreditación, si así se solicita;
3. tenga como propósito principal el brindar cuidados de la salud ofrecidos por enfermeras expertas, a las que debe supervisar un médico con licencia para ejercer su profesión, aparte de ofrecer habitación y dietas;
4. cuente con los servicios de enfermeras para el cuidado de la salud o con la supervisión de este personal durante las 24 horas del día;
5. lleve un registro médico diario de cada paciente.

(b) La definición de tal clínica o establecimiento de esta clase, podrá indicar que no ha de incluir:

1. ninguna clínica, ni establecimientos ni parte de estos, que primordialmente sirvan como lugar de descanso;
2. ningún asilo ni recintos para las personas de edad avanzada o para el cuidado de adictos a las drogas o de alcohólicos;
3. ninguna clínica ni establecimientos que primordialmente sirvan para la atención y el tratamiento de enfermedades o trastornos mentales ni preste servicios de custodia o educativos.

(7) La definición de los términos "accidente", "lesión a causa de accidente" y "por medios accidentales", empleará la terminología de "resultado" y no incluirá palabras que establezcan un criterio de "medios accidentales" ni usará palabras tales como, "externo, violento, heridas evidentes" u otras palabras parecidas para describir o caracterizar. La definición, aunque no se limita únicamente a ello, debe indicar al menos lo siguiente: "Lesión o lesiones por las que se proporcionan los beneficios, significa, las lesiones físicas a causa de accidente que sufra la persona asegurada como resultado directo de un accidente, independientemente de una enfermedad, así como los defectos físicos u otros resultados de la lesión y que ocurran mientras el seguro esté vigente". Dichas definiciones pueden establecer que no incluirán las lesiones sufridas, en la medida que cualquier ley de compensación a los trabajadores, de responsabilidad patronal u otra parecida, de responsabilidad sin que medie culpa ("motor vehicle no-fault law") u otra parecida, concedan beneficios por la lesión, a menos que esté

prohibido por la ley; como tampoco incluirán las lesiones que tengan lugar mientras la persona asegurada se desempeñe en una actividad relacionada con cualquier tipo de negociación, negocio, trabajo u ocupación por el que reciba un salario u obtenga ganancias.

(8) La definición de la palabra "enfermedad" incluye, pero no se limita únicamente a lo siguiente: "Enfermedad se refiere al mal estado de la salud o a una dolencia que tenga la persona asegurada y que debe presentarse por vez primera después de la fecha en que el seguro comience a regir y mientras el mismo siga en vigor". Se podrá alterar la definición subsiguientemente, para excluir enfermedades o dolencias, en la medida que cualquier ley de compensación a los trabajadores, sobre enfermedades en el trabajo, de responsabilidad patronal u otra parecida, concedan beneficios por la enfermedad.

(9) La definición de "condición preexistente" no se limitará a un período mayor de seis (6) meses ni se eludirá la responsabilidad de la póliza, debido a una condición preexistente por la que un médico diera tratamiento o por la que lo recomendara, antes de la fecha en que comenzara a regir la póliza.

(10) La definición o descripción de la palabra "médico" se circunscribe a la clase médica, hasta tanto y como lo permita la ley. El asegurador también puede incluir términos tales como, "médico con la debida preparación" o "médico con licencia para ejercer su profesión". Cuando el asegurador utilice estos términos es necesario que reconozca y acepte, hasta el alcance que tenga su obligación por el contrato, a todos aquellos que profesen atención y tratamiento médico, siempre y cuando esos servicios estén dentro del campo de acción de quienes los profesen, con la autoridad que les confiere su

licencia.

(11) La definición o descripción de la palabra "enfermero(a)" se circunscribe al cuerpo de enfermeros(as), tales como enfermeros(as) profesionales y enfermeros(as) prácticos(as) autorizados(as). Si se emplean las palabras "enfermeros(as), enfermeros(as) graduados(as) o enfermeros(as) profesionales" sin definir antes estos términos, el asegurador vendrá obligado entonces a reconocer los servicios prestados por cualquier individuo que esté calificado con esta terminología, de acuerdo con los estatutos apropiados o con las normas administrativas del comité de licencias o registro de Puerto Rico.

(12) Una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") debe incluir la definición de dicho Programa. El Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") debe definirse a cabalidad como: "La Ley Federal sobre el Seguro de Salud para las Personas de Edad Avanzada, Título XVIII de las enmiendas del 1965 a la ley del Seguro Social según ha sido enmendada" o "El Título I, Parte I de la Ley Pública 39-97 según promulgada por el octagésimonoveno congreso de los Estados Unidos de Norteamérica y que por lo general se le reconoce como la Ley Federal sobre el Seguro de Salud para Personas de Edad Avanzada("Medicare"), según constituida y cualesquier enmiendas o substituciones posteriores a ésta", así como otras palabras con igual significado.

(13) La definición de "trastornos mentales o nerviosos", no estará completa si no incluye los términos: neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o cualquier tipo de enfermedad o trastorno mental o de carácter emotivo.

(14) "Reemplazo" se refiere a cualquier transacción en la que se va a adquirir un seguro complementario al Programa

Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") y, como parte de la transacción, es de conocimiento del agente, corredor de seguros o asegurador que en el momento de la solicitud, se caduca o se caducará el seguro de salud y contra accidentes existente o se reducirá en gran parte los beneficios que dicho seguro ofrecía.

(15) "Un período de estancia" se refiere al número de días consecutivos durante los cuales reciba los servicios ofrecidos en un hospital, por el tiempo que dure su estancia en éste como paciente, así como aquellos períodos sucesivos que deba permanecer allí, siempre y cuando el período entre la fecha cuando se ha dado de alta y la fecha de readmisión al hospital no sea mayor de noventa (90) días.

Artículo 4. Disposiciones de la póliza que están prohibidas

(1) Ninguna póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") puede limitar la cubierta ofrecida por la póliza o excluirla por motivos de la clase de enfermedad, accidente, tratamiento o prescripción médica, a menos que sea debido a:

(a) trastornos mentales o de carácter emotivo, alcoholismo y adicción a las drogas;

(b) una enfermedad, un tratamiento o una prescripción médica, como resultado de:

1. una guerra o un acto bélico (ya sea que se declare o aunque no se haga), ser partícipe en un delito grave, en un motín o en una insurrección, prestar servicios en las fuerzas armadas o en unidades de refuerzo de éstas;

2. suicidio, estando cuerdo o loco, intentar suicidarse o provocar a sí mismo una lesión con toda la intención;
3. la navegación aérea.

(c) cirugía estética, salvo que el término "cirugía estética" no se referirá a cirugía de reconstitución cuando ese servicio sea contingente o se derive de una operación quirúrgica practicada a consecuencia de traumatismo, infección u otros males que aquejen a la parte afectada, cuando se practique con posterioridad a ésta o sea necesaria para devolverle la función física normal;

(d) servicios de podiatría, relacionados con callos, callosidades, pie plano, pie fusiforme, pies endebles, distensión crónica de los pies o revelación de síntomas de enfermedades de los pies;

(e) asistencia, con respecto al descubrimiento y la corrección, por medios manuales o mecánicos, de desproporción, distorsión o sublaxación estructural del cuerpo humano, con el propósito de eliminar la obstrucción de un nervio y las consecuencias de esto, siempre que esa obstrucción sea a consecuencia de, o esté relacionada con distorsión, desviación o sublaxación de la columna vertebral o en ella misma;

(f) tratamiento que le proporcionen en un hospital público, salvo los servicios prestados cuando haya responsabilidad legal por los cargos cobrados a los individuos por recibir esos servicios, los beneficios ofrecidos de la manera que prescribe el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") u otros

programas del gobierno (menos el programa de servicios de salud para personas de escasos recursos económicos ("Medicaid")), como también los beneficios ofrecidos mediante una ley estatal o federal de compensación a los trabajadores, de responsabilidad patronal o en las enfermedades ocupacionales, o cualquier ley de responsabilidad sin que medie culpa ("motor vehicle no-fault law"), servicios que presten los empleados de los hospitales, de los laboratorios o de otras instituciones (médicas), los servicios que prestare un familiar cercano de la persona cubierta o aquellos servicios por los que generalmente no se cobra ningún cargo cuando no se tiene una póliza de seguros;

(g) servicios dentales o el tratamiento ofrecido;

(h) lentes, audífonos y el examen hecho para recetarlos o ajustarlos;

(i) orden de reposo remediativo, servicios de custodia, transportación y exámenes físicos de rutina;

(j) limitaciones geográficas;

mas esto será así siempre y cuando que al emitirse esas pólizas, no podrán incluirse en ellas ningún tipo de restricciones ni exclusiones de las enumeradas en esta regla si fuesen más restrictivas que las establecidas en el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"). Las pólizas de seguros complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") pueden excluir de sus cubiertas cualquier gasto por el que dicho Programa tenga disponible algún beneficio para la persona asegurada.

(2) Ninguna póliza de seguros complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), puede valerse de documentos de renuncia para excluir, limitar o reducir la cubierta o los beneficios, debido a enfermedades o padecimientos físicos preexistentes específicamente descritos o nombrados.

Artículo 5. Requisitos mínimos para una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"). No se podrá anunciar, emitir, expedir o emitir para expedirse en Puerto Rico, ninguna póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare), si no reúne los siguientes requisitos mínimos. No deberán emplearse los términos "pólizas complementarias a "Medicare", "Medigap" ni palabras de significado parecido, a no ser que la póliza cumpla con estos requisitos mínimos y siempre que se emita a tenor con este reglamento. Estos son los requisitos mínimos, lo que no impide que se incluyan otras disposiciones u otros beneficios que no sean contrarios a estas normas.

(1) No podrá registrarse como póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), ninguna póliza sea ésta un solo contrato de seguros o una o más pólizas, emitidas conjuntamente entre asociaciones de servicios hospitalarios y médicos sin fines pecunarios, que no cumpla con, o exceda los requisitos de la Reglamentación Modelo de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) para reglamentar la Ley de Normas Mínimas de Seguros Individuales contra Accidentes y por Enfermedad, según adoptada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) el 6 de junio de 1979, en lo referente a las pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para

Personas de Edad Avanzada ("Medicare"). Se incluirán los siguientes requisitos, pero necesariamente no tienen que ser los únicos.

La póliza:

(a) Debe cubrir toda la Parte A (seguro hospitalario) del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") para los gastos hospitalarios, que estén cubiertos por la Parte A, desde el sexagésimoprimer (61er) día, hasta el nonagésimo (90mo) día, por cualquier período de beneficios de dicho Programa.

(b) Debe cubrir la Parte A del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), para gastos por cargo diario del hospital, mientras se haga uso de la reserva vitalicia de días de permanencia en un hospital como paciente de dicho Programa.

(c) Al terminar toda la cubierta por estancia en un hospital, del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), inclusive la reserva vitalicia por cierto número de días, debe cubrir el 90 por ciento de toda la Parte A de los gastos compensatorios por la estancia en un hospital, que no cubra dicho Programa, sujeto a un beneficio vitalicio máximo de un período adicional, de 365 días.

(d) Debe cubrir el 20 por ciento de la cantidad de los gastos compensatorios cubiertos en la Parte B (Póliza por servicios médicos) del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), sin importar que esté

recluído en un hospital, sujeto a un deducible máximo de $200 de desembolso por año calendario y, a un beneficio máximo de, por lo menos, $5,000, por año calendario.

(e) Debe estar escrita en un vocabulario sencillo, debe ser fácil de comprender por los compradores y por otra parte, concordar con el Artículo 16.020 del Código de Seguros de Puerto Rico.

(f) No debe de excluir la cubierta o rechazar una reclamación por pérdidas contraídas después de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que comenzó a regir la cubierta de la póliza o del certificado, debido a un padecimiento preexistente que inicialmente se presentara, y por cuyo motivo consultara a un médico, recibiera recomendación médica o tratamiento médico, en los seis (6) meses anteriores a la fecha en que comenzó a regir la cubierta de una persona asegurada.

(g) Debe contener en forma conspicua una "cláusula de que la cancelación no conlleva ninguna pérdida" para permitir que la persona asegurada devuelva la póliza en los diez días siguientes a la fecha en que reciba la póliza o el certificado que por ella se extienda, recibiendo a cambio la devolución íntegra de la prima pagada.

(h) Debe tener un aviso en forma conspicua sobre cualquier cláusula de coordinación de beneficios, que de alguna manera implique la reducción de pagos de la póliza.

(i) Debe ir acompañada de una copia de la Guía para Compradores de Pólizas Complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de

Edad Avanzada ("Medicare"), que preparara la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros y el Departamento de Salud, Educación y Bienestar Público de los Estados Unidos de Norteamérica. Dicha guía deberá enviarse, no importa si la póliza es elegible para una cubierta complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o no lo es, a tenor con las disposiciones de este reglamento. La Guía para Compradores deberá enviarse al solicitante cuando solicite la póliza y éste deberá suministrarle al asegurador un acuse de recibo o una certificación como que el asegurador le envió dicha guía.

(j) Debe ir acompañada por un resumen de la cubierta que ofrece esa póliza, tal como lo dicta la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) en su Reglamentación Modelo para reglamentar la Ley de Normas Mínimas de Seguros Individuales contra Accidentes y por Enfermedad, según adoptada por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) el 6 de junio de 1979, y, además:

1. Ese resumen debe ir acompañado de la solicitud que se envía al solicitante y éste deberá suministrarle al asegurador un acuse de recibo o una certificación como que el asegurador le envió dicho resumen.
2. En caso de tratarse de una póliza de seguros emitida sobre una base que hiciera necesario revisar el resumen, deberá enviarse junto con la póliza un resumen substitutivo de la cubierta, que describa a cabalidad la póliza,

el contrato o el certificado colectivo, cuando sean expedidos, además de incluir justo arriba del nombre de la compañía de seguros y con una tipometría de doce espacios, como mínimo, esta declaración: "Aviso: Lea detenidamente este resumen de la cubierta. No es idéntico al resumen de cubierta provisto al solicitar la cubierta original, la cual no se ha emitido".

3. Los resúmenes de las cubiertas expedidas en relación con pólizas individuales por la estadía en un hospital, seguros por indemnización, seguros por una enfermedad en particular, seguros contra un accidente en particular, seguros complementarios por incapacidad, distintos al seguro complementario al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") o cubiertas no ordinarias por incapacidad, como las define la ley de este país, para personas que por razones de edad sean elegibles al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), deberán tener impreso en la primera página o se deberá adherir a esa primera página una hoja aparte con esta información: "NO ES UNA POLIZA DE SEGUROS COMPLEMENTARIA AL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE"). Si reúne los requisitos para acogerse al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"),

examine la Guía para Compradores de Pólizas Complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") que la compañía puede suplirle".

(2) Los términos: "Período de beneficios del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare")" o "Período de beneficios", se refieren al período de tiempo que el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") usa para medir el uso de servicios y disponibilidad de beneficios conforme al seguro hospitalario de la Parte A del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

(3) El término "gastos elegibles del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare")" se refiere a aquel tipo de gastos por servicios de salud que estén cubiertos por el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") en la medida que sean aceptados como gastos razonables por dicho Programa Federal. A los pagos de beneficios por los aseguradores, por concepto de gastos elegibles del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), puede imponérsele el mismo tipo de condiciones de pago o condiciones menos restrictivas, inclusive determinar la necesidad de la atención médica, como las correspondientes para reclamaciones al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

(4) La cubierta de la póliza no pagará indemnización por pérdidas a consecuencia de enfermedades, sobre una base diferente que por pérdidas a consecuencia de accidentes.

(5) La cubierta de la póliza debe disponer que se cambiarán de inmediato los beneficios llamados a cubrir las cantidades de costos participantes ("cost sharing amounts") en el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), de suerte que concuerden con cualquier cambio que pueda haber en la cantidad deducible y en los factores del porcentaje de pago dividido ("copayment") de dicho Programa. Puede haber un ajuste en las primas, de tal modo que concuerden con dichos cambios.

(6) Las pólizas que ofrezcan beneficios por recibir cuidados durante una convalecencia o cuidados extensivos, luego que termine su estancia en un hospital, no pueden condicionar la otorgación de esos beneficios, a que la persona asegurada sea admitida en una clínica de convalecencia o de cuidados profesionales extensivos, en un período no mayor de catorce (14) días, después de haberla dado de alta del hospital.

(7) La terminación de la póliza no implica perjuicio alguno a ninguna pérdida continua que comenzara cuando la póliza aún estaba en vigor, mas la otorgación de beneficios, pasado el período de vigencia de la póliza, se podrá basar en que la persona asegurada esté total y continuamente incapacitada, circunscrito al término durante el cual la póliza ofrece el beneficio, si lo hubiere, o al pago máximo por beneficios.

Artículo 6. Disposiciones obligatorias sobre revelación

(1) Disposiciones generales

(a) Toda póliza deberá incluir una disposición sobre la renovación, la continuación o la no renovación. El vocabulario o las especificaciones

de tal disposición debe concordar con la clase de contrato que se va a emitir. Dicha disposición debe estar inscrita en la primera página de la póliza, llevar el título apropiado y puntualizar qué duración tiene, hasta dónde se limita o si es posible renovarla, así como el término por el que se emite la póliza y por el que se puede renovar.

(b) Será necesario la aprobación por escrito del tenedor de la póliza, para todos los aditamentos o los endosos adheridos a la póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare"), después de su fecha de emisión o al reinstalarla o renovarla que disminuyan o eliminen beneficios que ofrece la póliza, salvo en aquellos casos cuando el asegurador cumple con una petición que el tenedor de la póliza hiciera por escrito o da validez a un derecho que esté explícitamente reservado en la póliza. Después de la fecha en que se emita la póliza, la persona asegurada debe dar su aprobación por escrito, con su firma, para todos los aditamentos o los endosos que aumenten los beneficios o la cubierta de la póliza y que conlleven un aumento necesario de la prima durante el término de la póliza, excepto en aquellos casos cuando la ley disponga que se aumenten los beneficios o la cubierta de la póliza.

(c) Siempre que se cobre aparte una prima adicional por los beneficios ofrecidos, en relación con

aditamentos o endosos, deberá establecerse en la póliza el cargo por concepto de la prima.

(d) Aquella póliza que proporcione el pago de beneficios basándose en frases tales como "usuales y acostumbras", "razonables y acostumbradas" u otras palabras que lleven este mismo sentido, deberá incluir la definición de esos términos, así como una explicación de éstos en el resumen de la cubierta adjunto a la póliza.

(e) De la póliza tener alguna restricción respecto a condiciones preexistentes, esas restricciones deben incluirse en un párrafo aparte en la póliza el cual se debe intitular "restricciones por condiciones preexistentes".

(2) Resumen de la cubierta de la póliza. Para las pólizas complementarias al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") deberá hacerse un resumen de la cubierta de la póliza, de la manera que más adelante se indica. Se considera que las partidas encerradas entre paréntesis en la columna titulada "Pago hecho por el Programa Federal" del formulario de la póliza, son partidas variables que cambiarán de acuerdo como lo dicte dicho Programa. Esta es la manera como debe aparecer:

(NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS)

POLIZA COMPLEMENTARIA AL PROGRAMA FEDERAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA PERSONAS DE EDAD AVANZADA ("MEDICARE")

RESUMEN DE LA CUBIERTA

(1) Lea su póliza detenidamente - Este resumen de la cubierta de la póliza le ofrece una somera descripción de los aspectos importantes de su póliza. Este no es el contrato

de seguros y el seguro se rige únicamente por las disposiciones que aparecen en la póliza. La propia póliza esboza en detalle los derechos y las obligaciones que tienen tanto usted como la compañía de seguros. Es, pues, importante que LEA SU POLIZA DETENIDAMENTE.

(2) Cubierta de la póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") - Las pólizas pertenecientes a esta categoría están diseñadas para complementar los beneficios que ofrece el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") dando cubierta a algunos servicios hospitalarios, médicos y quirúrgicos que dicho Programa sólo cubre parcialmente. La cubierta sirve para cargos cobrados por la estancia en un hospital y para algunos de los cargos cobrados por un médico, sujeto a cualquier disposición sobre deducibles y pagos divididos ("copayment") adicional a las provistas por el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") y sujeto a otras restricciones que se establezcan en la póliza. Esta póliza no ofrece beneficios para servicios de custodia, tales como ayudarle a caminar, a acostarse y a levantarse de la cama, a comer, a vestirse, a bañarse y a tomarse los medicamentos (elíminelo, si se incluye esta cubierta).

(3) (a) (A los agentes:) Ni (escriba en este espacio el nombre de la compañía de seguros) ni los agentes de ésta están asociados de manera alguna con el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare").

(4) (Debe hacerse un resumen corto de los beneficios más importantes que no incluyen las partes A y B del Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") con una descripción paralela de los

beneficios complementarios ofrecidos en la cubierta de la póliza complementaria a dicho Programa, incluyendo las cantidades en dólares, en el orden siguiente:)

Servicio	Beneficio	Pago por el Programa Federal	Esta póliza paga
POR ESTANCIA EN EL HOSPITAL...			
Habitación semi-privada y dietas, servicios generales de enfermeras y servicios y suministros hospitalarios misceláneos.	Los primeros 60 días	Todo menos $( )	
	Del 61er al 90mo día	Todo menos $( ) por día	
Incluye comidas, centros con atención especializada, medicamentos, exámenes de laboratorio, diagnóstico de Rayos X, suministros médicos, sala de operaciones y para recuperación. servicios de anestesia y rehabilitación.	Del 91er día hasta los 150 días	Todo menos $( ) por día	
	Después de los 150 días	nada	
ATENCION POR CUIDADO QUE SE PRESTA AL SER DADO DE ALTA DEL HOSPITAL ("POSTHOSPITAL SKILLED NURSING CARE")			
En un establecimiento reconocido por el Programa Federal; usted debe haber estado en un hospital, por lo menos, durante tres días e ingresar al centro dentro de los 14 días siguientes a que le dieran de alta del hospital.	Primeros 20 días	100% de los gastos	
	80 días adicionales	Todo menos $( ) por día	
	Después de los 100 días	nada	
GASTOS MEDICOS...	Atención médica, servicios y suministros médicos en un hospital y ambulatorios, terapia física y del habla y ambulancias.	80% de los gastos razonables (después del deducible) $( )	

(5) (Debe informarse si la póliza cubre o no lo siguiente:)

(a) Atención por enfermeras en la práctica privada.

(b) Gastos por casas de salud ("skilled nursing home") (que sobrepasen los gastos cubiertos por el Programa Federal).

(c) Gastos en casas de cuidado ("custodial nursing home").

(d) Gastos por servicios en hogares de cuidados ("intermediate nursing home").

(e) Cuidado en el hogar (que sobrepase el número de visitas del Programa Federal).

(f) Gastos médicos (que sobrepasen los cargos razonables pagados por el Programa Federal).

(g) Medicamentos (que no sea la receta de medicamentos recibidos mientras permanezca en un hospital o en alguna casa de salud ("skilled nursing facility")

(h) Servicios de salud recibidos fuera de Puerto Rico.

(i) Higiene dental o de dentaduras postizas, exámenes médicos, vacunas contra enfermedades comunes, cirugía estética, atención médica de rutina para el cuidado de los pies, exámenes para determinar el costo de lentes o audífonos.

(6) (Se debe hacer una descripción de las disposiciones en la póliza que excluyan, eliminen, impidan, reduzcan, limiten, pospongan o que sirvan, de alguna otra manera, para restringir el pago de los beneficios descritos en el renglón número 4 anterior, incluyendo títulos conspicuos a los efectos de que:)

(a) (El esquema del resumen de beneficios del Programa Federal tan sólo da una somera descripción de esos beneficios.)

(b) (Es necesario consultar a la Administración de Finanzas para Servicios de Salud o sus ediciones sobre el Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") cuando se quiera saber información adicional y qué otras restricciones tiene.)

(7) (Se debe hacer una descripción de las disposiciones de la póliza relativas a la renovación o continuación de la cubierta, incluyendo también cualquier reserva de los derechos para cambiar la prima.)

(8) (El monto de la prima para esta póliza.)

Artículo 7. Requisitos para la sustitución de la póliza. Los requisitos para sustituir una póliza de seguros contra accidentes o por enfermedad, por una póliza complementaria al Programa Federal de Servicios de Salud para Personas de Edad Avanzada ("Medicare") son los siguientes:

(1) En el formulario de la solicitud deberá incluirse una pregunta de la que pueda desprenderse si el seguro que se va a emitir tiene el propósito de reemplazar algún otro seguro contra accidentes y por enfermedad que en ese momento esté en vigor. Dicha pregunta puede incluirse en una solicitud complementaria o en algún otro formulario, que deba firmar el solicitante.

(2) Si se determina que la venta implica ser un reemplazo, el asegurador o alguno de sus agentes suplirá al solicitante el aviso descrito en el renglón número (3) a continuación, antes de emitir la póliza o de expedirla. El solicitante retendrá una (1) copia de ese aviso, mientras que el asegurador se quedará con una copia adicional que lleve la firma del solicitante.

(3) El aviso que se le exige al asegurador en el segundo (2) renglón anterior, deberá estipular, fundamentalmente, lo siguiente:

AVISO AL SOLICITANTE SOBRE EL REEMPLAZO
DE UN SEGURO CONTRA ACCIDENTES Y
Y POR ENFERMEDAD

De acuerdo con (su solicitud) (la información que ofreció), usted proyecta dejar caducar o de otra forma terminar el seguro contra accidentes y por enfermedad existente, para reemplazarlo por una póliza que habrá de emitir (nombre de la compañía de seguros). Para su información y protección, debe saber y considerar seriamente ciertos factores que pueden afectar la protección del seguro disponible para usted en la nueva póliza.

(1) Existe la posibilidad de que la nueva póliza no cubra inmediata o totalmente ciertas condiciones en su estado de salud, (condiciones preexistentes) que tenga usted ahora. Esto puede resultar en la denegación o en la demora en atender una reclamación hecha para recibir los beneficios bajo la nueva póliza, cuando por el contrario, la póliza con que ahora cuenta podría habérselas pagado.
(Puede mofificarse este apartado si la nueva póliza cubre las condiciones preexistentes).

(2) Quizá usted desee que su asegurador actual o los agentes de éste le asesoren sobre la propuesta hecha para reemplazar su actual póliza. Usted no sólo tiene derecho a ello, sino que también, velando por la seguridad de sus intereses, debe asegurarse de que entiende todas las consecuencias que conlleva el reemplazar la cubierta de póliza actual.

(3) Si luego de haber tomado en consideración todo esto aún sigue interesado en terminar su póliza y en reemplazarla por una nueva cubierta, asegúrese de contestar veraz y cabalmente todas las preguntas de la solicitud, relativas a su historial médico y a su salud. El hecho de dejar de anotar en la solicitud toda la información médica esencial

puede ser un fundamento para que la compañía de seguros deniegue cualquier reclamación futura y deniegue el reembolso de su prima, como si la póliza suya nunca hubiese estado vigente. Vuelva a leer la solicitud detenidamente después que termine de llenarla y antes de firmarla, para asegurarse de que anotó correctamente toda la información.

_____
(Fecha)

_____
(Firma del solicitante)

(4) El asegurador deberá proveer una copia de dicho aviso al asegurador de la póliza que se va a reemplazar, durante los próximos cinco (5) días laborables, después de la fecha en que reciba una solicitud en la oficina que emite las pólizas.

Artículo 8. Cláusula de Salvedad. En el caso de que se declare que es nula alguna de las disposiciones de esta regla o la aplicación de ésta a alguna persona o circunstancia en particular, por la razón que fuere, dicha nulidad no afectará el resto de estas disposiciones ni la aplicación de esa disposición a otras personas u otras circunstancias.

Sección 2. Esta enmienda comenzará a regir cinco días después de que se publique el aviso sobre su aprobación en un periódico de circulación general; la publicación se hará una vez a la semana, durante dos semanas consecutivas.

Aprobada en: 14 de mayo de 1982

Enmendada en: 15 de octubre de 1982

Juan Antonio García
Comisionado de Seguros