



**Clarica**  
LIFE AND HEALTH INSURANCE



# Manual del Asociado



# GLOBAL ASSURANCE GROUP

**Global Assurance Group** ha desarrollado este "Manual del Asociado" para estandarizar el procedimiento de solicitud para las nuevas solicitudes, renovaciones, tramitación de reclamaciones y todos los procedimientos necesarios para lograr un óptimo servicio.

Sus comentarios y sugerencias encaminadas a mejorar la eficiencia del proceso en este documento son bienvenidos. La información contenida en este manual es para fines informativos solamente y no altera en absoluto el contrato legal de la solicitud y contrato de la póliza. Para una descripción legal completa de ambos, por favor avóquese la solicitud y contrato de póliza.

## INTRODUCCIÓN







## ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL



La Organización está formada por entidades independientes que colaboran entre sí como se detalla a continuación:

### Compañía de Seguros



Claria Life & Health Insurance Company, Compañía de Seguros con oficinas administrativas en Ft. Lauderdale, Florida, dedicada a proveer seguros de vida y salud internacional. Suministra una línea de planes innovadores diseñados específicamente para las necesidades de individuales y corporativos a nivel mundial con un compromiso total de servicio.

### Administrador



Global Assurance Group, por más de una década ha sido un administrador líder a nivel mundial. Nos especializamos en proveer Seguros Médico Internacionales, siendo nuestro principal enfoque en suscripción rápida, procesamiento de reclamos efectivo y un excelente servicio al cliente.

Los departamentos que forman GAG, a los cuales se puede contactar vía correo electrónico:

<b>Departamento de Suscripción:</b>	<b>Eliana Torres</b>	<i>underwriting@claria.us</i>
<b>Departamento de Mercadeo:</b>	<b>Yoly Alfonso</b>	<i>atc@claria.us</i>
<b>Departamento de Contabilidad:</b>	<b>Leyla Viera</b>	<i>accounting@claria.us</i>
<b>Departamento de Reclamos:</b>	<b>Laura Chamorro</b>	<i>claims@claria.us</i>
	<b>Clariann Calderon</b>	<i>medical@claria.us</i>
<b>Departamento de Renovaciones:</b>	<b>Channa Martinez</b>	<i>chana@claria.us</i>
<b>Departamento de Couriers:</b>	<b>Idelkys Ruiz</b>	<i>mail@claria.us</i>
	<b>Jeesi Hernandez</b>	<i>mail2@claria.us</i>

### Coordinador de Emergencias 24 horas



**GMMI / Europ Assistance**, empresa miembro del Grupo Generali, ha sido líder de servicios de apoyo para más de 40 años. Compuesto por 3.000 empleados, 32 empresas que operan y 35 centros de respuesta global con oficiales que capaces de atender en múltiples idiomas. Europ Assistance cuenta con una red extensa de proveedores de salud que cuentan con servicios que incluyen la evacuación, repatriación, referencias y seguimiento.

### Red de hospitales en los Estados Unidos PPO



**PHCS** La Red de Proveedores Preferidos con Claria Life and Health Insurance en los Estados Unidos es **PHCS**, parte de la Compañía Multiplan que es reconocido como una de las redes Estadounidenses más grandes y más completas de proveedores de atención médica. Se proporciona a nuestros Asegurados el acceso a más de **900,000** proveedores. Por favor visite nuestra página web [www.claria.us](http://www.claria.us) para obtener una lista completa mediante una búsqueda.

El Plan Star ofrece la Red Star de hospitales, que incluye **15** de los mejores hospitales en los EE.UU. Por favor visite nuestra página web [www.claria.us](http://www.claria.us) para una lista detallada.





## EL PRODUCTO



**Solicitantes:** Los candidatos podrán ser ciudadanos de cualquier país. La edad para suscripción individual comienza desde los **14 días a 69 años 11 meses** de edad (*según el plan seleccionado*). El solicitante y Asegurado no puede residir en los Estados Unidos de América por más de seis (**6**) meses de los doce (**12**) meses de la cobertura de la póliza de seguro. Vea “Cobertura de Estudiante en los Estados Unidos” para una excepción a los estudiantes.

**Cobertura:** La cobertura de la hospitalización básica y gastos médicos ambulatorios de los Planes Claria es de **\$1, 000,000 o \$2, 000,000** por Asegurado, por cada año póliza.

**Deducible:** Es la cantidad del gasto médico determinado y seleccionado por el solicitante y que constituye su responsabilidad inicial hasta que la Compañía de seguros reintegrará los gastos que queden cubiertos por la póliza de seguro. En consecuencia, cuanto mayor sea el deducible, más baja será la prima de seguro a pagar. El deducible se aplica por persona y por año póliza, un máximo de dos deducibles por familia para todos los gastos médicos hospitalarios, ambulatorios, medicamentos, tratamientos y consultas médicas. (*Ver información de exención del deducible*)

**Coaseguro:** Es una porción de los gastos médicos en exceso del deducible que el Asegurado tiene que pagar por gastos médicos que se produjeron fuera del país de residencia. Plan **SKY** reembolsará el **90%** de los primeros **10.000** dólares EE.UU. y **100%** del saldo restante. Planes **SUN** y **STAR**, se reembolsará el **80%** de los primeros **5.000** dólares EE.UU. y **100%** del saldo restante. En el Plan **MUNDIAL** las opciones de coaseguro son: **\$1,000, \$2,000, \$3,000 o \$5,000** dólares. El coaseguro no se aplica en el país de residencia.

**Beneficios Elegibles:** Gastos en los que una persona asegurada incurre según contrato de la póliza de servicios médicos, suministros y tratamientos necesarios, debido a una enfermedad o lesión para la cual un médico ha prescrito u ordenado tratamiento. Estos cargos no pueden exceder los límites máximos establecidos en el contrato de política de beneficios.

**Período de espera:** La cobertura es inmediata para accidentes y enfermedades infecciosas, con un período de espera de **90 días** para el tratamiento de otras condiciones. Los **90 días** el período de espera puede ser eliminado, a discreción del administrador, durante el periodo de suscripción presentado prueba actual de cobertura de salud internacional que haya estado en vigor durante los últimos doce meses consecutivos.



**Niños:** El plan **Sky** de Claria cuya cobertura anual sea de **\$1,000,000** ofrece una tarifa preferencial anual a todos los niños menores de **11** años de edad cuando ambos padres están Asegurados. Los Planes **SUN** y **STAR** ofrecen tarifa preferencial anual para dos niños menores de **11** años. Para calificar para el beneficio de niños dos adultos deben ser cubiertos por la póliza de seguro. Los niños con un solo padre en el plan y más de dos niños en los Planes **SUN** y **STAR** estarán sujetos a una prima anual de **\$374** por niño.

**Estudiantes:** Los dependientes menores de **24** años de edad que están estudiando a tiempo completo (mínimo **12** horas de crédito académico) en una escuela, colegio o universidad y que no sean empleados de tiempo completo se consideran estudiantes. Los estudiantes serán considerados como "dependientes" y pagaran una prima de seguro para las edades "**11-17 años**". Adjunte a la solicitud copia de certificado de estudiante vigente. Los estudiantes que apliquen de manera individual se consideraran "**independiente**" y pagaran la prima correspondiente a su edad.

**Cobertura de Estudiante en los Estados Unidos:** Con el fin de proporcionar cobertura a un estudiante en los Estados Unidos, una prima de seguro anual de **\$375** se agrega al plan seleccionado, siempre que el Asegurado sea un estudiante de tiempo completo y sea menor de **24** años de edad. Los **180** días de estancia en el límite de los Estados Unidos se eliminarán en este caso hasta un máximo de cuatro años o hasta llegar a la edad de **24** años.

**Límites de edad y dependientes:** Los miembros son elegibles para cobertura si no han completado **69** años de vida en el momento de firmar la solicitud. Las renovaciones están garantizadas por vida siempre y cuando las primas de renovación sean pagadas a tiempo.

Para los niños o adolescentes que están legalmente como dependientes menores de **18** años de edad (menores de **24** años si son estudiantes a tiempo completo), la cobertura de un hijo a cargo o adolescente cesará al final del año de la póliza en la que esté cumpliendo su cumpleaños número **18** o **24** si es estudiante a tiempo completo. Para solicitar cobertura de Hijos Adoptivos o menores que estén bajo tutela legal, se debe proporcionar las órdenes judiciales, papeles de adopción u orden judicial de tutela.







## EL ASOCIADO



[www.claria.us](http://www.claria.us)

### Ética profesional

El Asociado está obligado a ejercer su actividad en la forma más ética y profesional, buscando siempre el beneficio del solicitante y el Asegurado, y presentando la información publicada por la empresa únicamente.

El Asociado no está autorizado a realizar declaraciones u ofrecer garantías diferentes a las que se publican y detallan en el contrato del plan o la solicitud que ofrece la empresa. El Asociado no puede obligar a la empresa a rehabilitar una póliza de seguro que ha caducado o ha sido cancelada. El Asociado no está autorizado a modificar, exonerar o cambiar las condiciones de las pólizas de seguros o las tarifas.

Todos los folletos, la solicitud, las tarifas y otros materiales otorgados por la Compañía seguirán siendo propiedad de la empresa y deberán ser devueltos en caso que fuesen solicitados.

### Contrato de agente

Global Assurance Group permite que el contrato del Asociado sea firmado en su nombre o en nombre de la empresa del Asociado.

El Asociado puede enviar el contrato de agente vía correo electrónico para agilizar el proceso de emisión del contrato. Una vez aprobado el contrato, la Compañía le enviara por courier un certificado de agente con su respectivo Código y una copia del contrato junto con folletos y material de mercadeo.



Manual del Asociado



## Pagos de primas

Los pagos pueden hacerse de manera: anual, semestral, trimestral o mensual. Los pagos trimestrales y mensuales únicamente podrán hacerse con tarjeta de crédito. Para los pagos anuales y semestrales se aceptan las siguientes formas de pago:

- Cheque en dólares EE.UU. de un banco de EE.UU. y a nombre de: Global Assurance Group
- Visa, Master Card, Discover para pago con tarjeta de crédito en una solicitud nueva o aviso de renovación.
- Transferencia bancaria a:  
**Global Assurance Group**  
ABA: 067014822  
Swift / NRTHUS33  
Cuenta: 6860929402

Interés según el modo de pago se aplicará de la siguiente manera;

**Semi Anual** - Multiplicar por 0.55

**Trimestral** - Multiplicar por 0.28

**Mensual** - Multiplicar por 0.10

## Comisiones

El pago de las primas de seguro debe ser "bruto". La Comisión de una póliza de seguro no puede ser utilizada para pagar la prima de otra póliza de seguro. Cheques de reclamo no pueden ser utilizados para pagar primas de renovación. La Comisión es pagada y enviada junto con la póliza semanalmente. Cualquier cargo adicional en la prima no es comisionable, a excepción de la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento. Las cuotas anuales de los gastos de administración no son comisionables.

Global Assurance Group ofrece un servicio excepcional a sus Asociados en forma de depósitos directos de las comisiones en una cuenta bancaria de los Estados Unidos. Si un Asociado desea establecer depósito directo únicamente debe enviarnos fotocopia de un cheque de su cuenta con la leyenda "VOID".

Cuando una póliza de seguro es cancelada por el cliente por voluntad propia, debido a la muerte o cuando una póliza es cancelada por la Compañía, el Asociado es responsable de la devolución de la comisión devengada por cualquier reembolso de la prima pagada por la Compañía a los Asegurados.



## Publicidad y Promoción

Publicidad y Promoción de Global Assurance Group - Planes Claria y el logotipo de la empresa, aparte de folletos y material de la empresa, no está permitido sin el consentimiento escrito por Global Assurance Group.

## Página web

La página web [www.claria.us](http://www.claria.us) ofrece información detallada acerca de Global Assurance Group y los Planes Claria.

## Material de marketing

Para solicitar materiales, tales como folletos, solicitudes, condiciones de la póliza de seguro y los formularios de reclamo por favor escriba [atc@claria.us](mailto:atc@claria.us) e incluya dirección física completa y número de teléfono. Con cada póliza de seguros emitida material de marketing será agregado al paquete.

## Cambio de dirección del Asociado

El Asociado debe informar a La empresa cambio de dirección, número de teléfono, fax o correo electrónico con el fin de proporcionar al Asociado la continuidad del servicio excelente.

## El Reconocimiento e Incentivos

### Póliza de Seguro del Asociado

El Asociado que tenga en su cartera un mínimo de **5** negocios nuevos sometidos y emitidos en los últimos **12** meses y que decide tomar uno de los Planes Claria por la cobertura de su familia recibirá un descuento del **50%** sobre la prima de su póliza. No se pagaran comisiones sobre la prima de la póliza.

### Incentivos

La promoción de incentivos con premios basados en **90** días de producción y bonificación comisión se envía de manera regular. Pregúntele a su representante de ventas para más detalles.







# SUSCRIPCION



## Gestión de la Solicitud:

- A.** Las tarifas de los planes Claria son unisex.
- B.** Una solicitud por familia debe ser completada.
- C.** La póliza de seguro determina que una "familia" se formará por el padre, madre e hijos o dos personas que viven juntas. Si nietos, sobrinos, sobrinas o hijos adoptivos quieren ser incluidos, un certificado del tribunal judicial ordenando la tutela debe ser presentado.
- D.** La solicitud debe ser firmada por el Asegurado principal y su cónyuge, cuando éste se incluye.
- E.** Si alguno de los miembros de la familia es rechazada, el Asegurado principal de la póliza de seguro debe informar si la cobertura para los miembros restantes de la familia se acepta, si aplicase.
- F.** Solicitudes que han sido firmadas hace más de noventa (90) días no se aceptan.
- G.** La solicitud debe establecer claramente la ciudad y país de residencia donde fue firmada.
- H.** La solicitud debe establecer claramente la fecha en que se firmó la solicitud.
- I.** Las solicitudes deben ser legibles y debe ser completado en mayúsculas o a máquina.
- J.** Manchones, rayones, borrones o solicitudes marcadas no serán aceptadas.
- K.** Todas las preguntas deben ser contestadas con el fin de agilizar la emisión de la póliza.
- L.** El solicitante deberá indicar la altura y el peso, ya sea en kilos y centímetros o libras y pulgadas.
- M.** Los fumadores tendrán una prima adicional del 10%. Los fumadores de tabaco y / o fumadores de pipa estarán exentos de este pago si son fumadores ocasionales. Si el Asegurado deja de fumar durante un año consecutivo y envía una carta certificada de su médico, la prima adicional será eliminada.
- N.** Historia Medica debe ser completada para todos los solicitantes. El Asociado debe revisar que todas las preguntas médicas sean contestadas correctamente y que todos los solicitantes han declarado un médico que ven regularmente. La falta de detalles de los médicos puede hacer que una la solicitud de cobertura sea negada a discreción del administrador.
- O.** Si el solicitante responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas de Historia de la Medicina, una explicación detallada debe ser proporcionada, junto con la información de contacto completa del médico tratante: teléfono, fax y correo electrónico.
- P.** Cuando una enfermedad pre condición existente es declarada, el solicitante deberá adjuntar informes médicos. En caso de hospitalizaciones previas, adjuntar un informe del hospital.
- Q.** Si el solicitante o uno de los dependientes ha sido tratado en Estados Unidos, debe incluir el formulario HIPPA debidamente firmado para autorizarnos a solicitar su expediente médico.
- R.** Cualquier uso de medicamento debe ser declarada.
- S.** Las pólizas de seguro serán enviadas al Asociado, quien a su vez se encargará de enviarlas al Asegurado.
- T.** La solicitud debe incluir el nombre del código del Asociado, y la firma del Asociado.
- U.** Es crucial que la información de contacto del médico de los solicitantes incluidos sea detallada en la solicitud. La información del médico, ginecólogo / obstetra y pediatra debe ser incluida (teléfono y correo electrónico).
- V.** Copia del pasaporte o cedula de identificación de todos los solicitantes se debe adjuntar a la solicitud



## Las solicitudes enviadas

La solicitud puede ser enviada como adjunto de correo electrónico, por fax o correo. No es necesario enviar la solicitud original. Cuando una solicitud se envía por correo electrónico o fax y el pago se realiza mediante tarjeta de crédito o transferencia bancaria, no habrá necesidad de enviar ninguna documentación adicional.

## Correspondencia por correo electrónico

Debido a la rapidez y la eficacia del uso de Internet, le sugerimos el uso del correo electrónico para el envío de solicitudes y de la correspondencia en general.

## Recién nacido

Cuando ambos padres están cubiertos por la póliza y la maternidad es cubierta por el plan seleccionado, los recién nacidos serán automáticamente cubiertos por la póliza de la madre durante los primeros treinta (30) días después del nacimiento. Para ser incluido sin suscripción en la póliza de los padres:

1. Ambos padres deben estar cubiertos en la póliza por un mínimo de 12 meses continuos.
2. La maternidad debe estar cubierta bajo el plan
3. La solicitud debe ser enviada a GAG en los primeros treinta (30) días del nacimiento.

Si una de las condiciones no se cumple, el Asegurado Principal deberá completar una solicitud para el recién nacido y pasará por el proceso de suscripción completa. El administrador decidirá si la póliza será emitida, si será emitida con Exclusiones o si será negada.



## Proceso de suscripción

El tiempo promedio para la suscripción desde la recepción de la solicitud hasta a la conclusión de la evaluación médica, es de 3 a 5 días laborables, una vez que toda la información solicitada haya sido recibida.

## Suscripción ofrece

El administrador puede aceptar solicitud y aprobarla estándar o puede aprobar la solicitud Exclusiones. Las Exclusiones pueden ser: Completas (*sin opción de beneficios*) o con Beneficios Limitados.

Las ofertas de suscripción se envían a los Asociados, quienes discuten los términos con el solicitante, para después confirmar a la Empresa si estos términos son aceptados mediante la firma de los documentos de Exclusión. Toda Asegurado de 18 años en adelante debe firmar sus documentos de póliza. Si los dependientes son menores de edad, entonces el Asegurado primario deberá firmar como representante legal. No se aceptaran documentos que no estén debidamente firmados. Una vez recibidos los documentos firmados se puede proceder con el pago de la prima y la emisión de la póliza.

## Envío de las Pólizas

Sujeto a la aprobación de suscripción, firma de las cláusulas de exclusión pendientes y el pago de la prima de la póliza, la documentación y el contrato de póliza serán enviados dentro de siete días hábiles (7).

## Información médica adicional

### a. Información médica

La empresa podrá solicitar información médica adicional al cuestionario de la solicitud.

### b. Informe médico

Un Informe Médico (APS) se requiere para cualquier candidato con edad de 59 años y adelante o cuando la empresa solicita información adicional acerca de una condición de salud. Global Assurance Group no será responsable de los gastos de Informes Médicos.

### c. Candidatos con Condiciones Pre-Existentes

El importe de la prima del seguro dependerá de la condición de salud del solicitante. Una enfermedad o condición médica pre-existente puede causar un incremento en la prima, beneficios limitados para la condición preexistente, una exclusión sin beneficios o el rechazo de la solicitud. Es importante declarar y responder todas las preguntas formuladas en la solicitud con precisión y enviar informes médicos disponibles de los últimos diez (10) años, incluyendo pero no limitado a las visitas al médico, medicamentos, tratamiento, diagnóstico o síntomas.





# POLIZA DE SEGUROS



**Emisión:** Ninguna póliza se emitirá hasta que Global Assurance Group reciba toda la información necesaria para aprobar la solicitud junto con las primas aplicables. La póliza de seguro siempre tendrá una fecha de vigencia de los días **1 y 15** de cada mes después que la póliza sea aprobada. Ninguna póliza será fechada de manera retroactiva.

**Envío de Documentos:** Las pólizas emitidas serán enviadas a la oficina del Agente o Agencia.

**Anulación:** El Asegurado tiene derecho a cancelar la póliza de seguro dentro de los catorce (14) días después de recibida la misma. La Compañía devolverá al Asegurado el importe total de la prima, menos la cuota por gastos administrativos.

**Si el Asegurado desea cancelar la póliza de seguro después del período de anulación, la restitución se calculará de la siguiente manera:**

La prima se prorrateará en función del número de meses durante el cual la póliza estuvo efectiva. La cancelación se calculará el primer día del mes siguiente.

**Solicitud de cambio de cobertura y cambio de deducible:** Cuando se solicite un deducible más bajo, un incremento de cobertura (*aplica solo para Plan SKY*) o un cambio de plan, el Asegurado deberá presentar una nueva solicitud y pasara por el proceso completo de suscripción. Esta solicitud será aceptada únicamente durante la renovación anual de la póliza.

Cuando se solicite un deducible más alto o una disminución en el monto de la cobertura (*aplica solo para Plan SKY*) el Asegurado debe completar el formulario apropiado y enviarlo.

Esta solicitud de cambio será aceptada únicamente durante la renovación anual de la póliza.

## Beneficios de Maternidad SKY:

1. Ambos padres deben estar incluidos en la póliza.
2. La póliza debe haber estado en vigor al menos 12 meses al momento del nacimiento del bebe.
3. El beneficio de maternidad es aplicable sólo para los deducibles de **\$250-\$2,500**
4. La cobertura para los gastos de maternidad-incluyendo gastos pre y post natales- en caso de parto normal es de **\$9,000** en el país de residencia. Fuera del país de residencia, la cobertura es de **80%** hasta un máximo de **\$15,000**. Deducible no aplica para Asegurados con deducible entre **\$250-\$2500**.
5. La cobertura para los gastos de maternidad -incluyendo gastos pre y post natales- en caso de cesárea medicamento necesaria en el país de residencia es de **\$13,000**. Fuera del país de residencia la cobertura es de **80%** hasta **\$15,000**. Deducible no aplica para Asegurados con deducible entre **\$250-\$2500**.
6. La cobertura para los gastos de maternidad -incluyendo gastos pre y post natales- en caso de cesárea electiva en el país de residencia es de **\$9,000**. Fuera del país de residencia la cobertura es de **80%** hasta **\$15,000**. Deducible aplica.
7. Las facturas originales detalladas de los gastos pre y post natales junto con el formulario de reclamación deben ser enviadas a la Compañía en un máximo de **90** días después del parto para que sean procesadas.



## RIDER MADRE SOLTERA

1. El Rider de maternidad debe haber estado en vigor por lo menos **12** meses en el momento del nacimiento del bebe.
2. El Rider de maternidad es aplicable sólo para los deducibles de **\$ 250 - \$ 2,500**.
3. La cobertura de los gastos pre y post natales, parto normal y cesárea médicamente necesaria, es de un máximo de **\$ 4,000**.
4. Esta cláusula sólo se aplica en el país de residencia de la asegurada.
5. La cobertura de partos por cesárea electiva es de **80%** después del deducible hasta **\$ 4,000**.
6. Las facturas originales detalladas emitidas para este evento junto con el Formulario de Reclamo deben ser enviadas a la Compañía un máximo de **90** días después del parto.

## SUN

1. Ambos padres deben estar incluidos en la póliza.
2. La póliza debe haber estado en vigor al menos **12** meses al momento del nacimiento del bebe.
3. El beneficio de maternidad es aplicable sólo para los deducibles de **\$250-\$ 2,500**
4. La cobertura de los gastos prenatales y postnatales para parto normal y cesárea electiva, es de **80%** después del deducible hasta **\$ 5,000** dentro y fuera del país de residencia.
5. Cobertura para cesárea médicamente necesaria es de **80%** después del deducible hasta \$ 8,000 dentro y fuera del país de residencia.
6. Las facturas originales detalladas emitidas para este evento junto con el Formulario de Reclamo deben ser enviadas a la Compañía un máximo de **90** días después del parto.

## STAR

Este plan no ofrece beneficios de maternidad.

## MUNDIAL

1. Ambos padres deben estar incluidos en la póliza.
2. La póliza debe haber estado en vigor al menos 10 meses al momento del nacimiento del bebe.
3. La cobertura de los gastos prenatales y postnatales para parto normal, cesárea electiva o cesárea médicamente necesaria es de \$ 8,000 dentro y fuera del país de residencia.
4. Las facturas originales detalladas emitidas para este evento junto con el Formulario de Reclamo deben ser enviadas a la Compañía un máximo de 90 días después del parto.

### Beneficio de Cuidado Rutinario para Adultos – Sky, Sun y Star

El asegurado primario y su cónyuge tienen derecho a un examen rutinario por año póliza después de 12 meses de estar asegurados. El deducible no aplica para cuidado rutinario. El asegurado debe asegurarse que las facturas vengán acompañadas de los resultados de los exámenes realizados para poder aplicar a este beneficio.

### Beneficio de Niño Sano – Sky, Sun y Star

Las visitas de niño sano para dependientes de hasta 2 años de edad: 4 visitas por año, con un máximo de **\$ 50.00** por visita sin deducible. Para dependientes mayores de 2 años de edad hasta los 17 años, dos visitas al año, con un máximo de **\$ 50.00** por visita sin deducible.







# RENOVACIONES



## Cobertura Anual

La cobertura es \$ 1, 000,000 o 2, 000,000 por persona por año. La cobertura es renovada todos los años, haciendo caso omiso de las reclamaciones acumuladas del año anterior.

## Cambios

Cambios de plan, cobertura o deducible pueden ser solicitados hasta 90 días antes de la fecha de renovación anual.

## Periodo de Gracia

Hay un período de **30** días de gracia después de la fecha de renovación anual de un Asegurado para que pueda pagar su prima. Después que expire el período de gracia, el Asegurado deberá enviar un formulario de rehabilitación para solicitar que la póliza sea activada.

Para los pagos mensuales y trimestrales durante el año póliza el periodo de gracia es **14** días.

## Rehabilitación

Cuando el período de gracia expire y antes de **90** días desde la fecha de renovación, el Asegurado puede solicitar la rehabilitación de su póliza. Una rehabilitación no es una garantía de renovación. Durante el proceso de rehabilitación, el Asegurado pasarán por una suscripción y evaluación médica completa. La rehabilitación podrá ser aceptada o denegada a discreción del administrador una vez que el formulario de reintegro se reciba junto con las primas correspondientes.

## Tarjeta de identificación

Las tarjetas de identificación se emiten para cada adulto Asegurado y para niños de 11 años en adelante. Por favor, indique en el momento de la solicitud si desea la emisión de tarjetas para dependientes menores de **11** años. Cada tarjeta adicional tiene un costo de **\$5.00**.

## Fallecimiento de un Asegurado

Para obtener una prima de reembolso es necesario informar a la Compañía acerca de la muerte del Asegurado en un plazo máximo de **90** días. El certificado de defunción original debe ser enviado con el fin de recibir un reembolso prorrateado de la prima pagada.

## Cambio de País de Residencia de un Asegurado

Es obligatorio informar por escrito a la Compañía de Seguros sobre el cambio de país de residencia dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio de residencia. De lo contrario, el Asegurado corre el riesgo que su póliza sea cancelada. Un cambio de residencia se aplica cuando viven en otro país de **180** días – continuos o acumulativos- de un año de la póliza.

## Cambio de Domicilio de los Asegurados

Cualquier otro cambio, como el nombre, domicilio, teléfono, deberán ser notificados por escrito a la Compañía de Seguros lo más pronto posible.

## Cancelación de Póliza

Si un asegurado desea cancelar su cobertura antes de la renovación anual de la póliza, debe enviar comunicación escrita: carta firmada o correo electrónico que pertenezca al asegurado será aceptado. Si el modo de pago es anual o semi anual, la prima restante será prorrateada y se emitirá un cheque a nombre del asegurado principal de la póliza.





# GRUPOS



Por favor, envíe la solicitud formal de presupuesto que debe incluir en forma detallada el plan y deducibles deseados así como las opciones de beneficios o modificaciones. Incluir en la solicitud de cotización los siguientes documentos:

1. Para grupos menores de **50**, llenar las solicitudes.
2. Para grupos de más de **50** empleados una información censal básica como: nombre, fecha de nacimiento, edad y sexo.
3. Detallada de experiencia de reclamaciones de los últimos tres años: detalles de los montos de reclamo por diagnóstico y sus respectivas fechas.
4. Beneficios del plan actual, los límites anuales y los deducibles si los hubiere.
5. Los precios actuales de las primas pagadas por cada persona y la prima de renovación ofrecida por el asegurador actual.
6. Razones o motivos para la búsqueda de otras cotizaciones.

La solicitud de cotización debe hacerse al menos **60** días antes de las renovaciones de los grupos.

## SUSCRIPCION DE GRUPOS

**Para grupos de 5-19 personas:** Solicitud debidamente completada y suscripción flexible.

**Para grupos de 20-49 personas:** Solicitud debidamente completada y suscripción flexible.

**Para grupos mayores de 50 personas:** La suscripción puede ser eliminada y ofrecerse cobertura MHD (*Medical History Disregarded*)-Historial Médico No Considerado, cuando la información detallada en los puntos **2-6** es sometida con la solicitud de cotización.

## GASTOS DE ADMINISTRACION PARA GRUPO

5-14 primarios \$150

15-29 primarios \$200

30-50 primarios \$500

50-100 primarios \$1,000

100-500 primarios \$2,500

## NORMA DE DESCUENTOS DE GRUPO

El siguiente porcentaje de descuento se aplicará.

5-9 personas = **5%**

10-19 personas = **10%**

20-49 personas = **12.5%**

Más de **50** personas = **17.5%**

## DESCUENTOS ADICIONALES

Se puede ofrecer descuentos adicionales eliminando ciertos beneficios o reduciendo el monto de cobertura anual de ciertos beneficios.

Descuentos adicionales se calculan sobre la prima final después que los descuentos estándar son aplicados.

## PLANES PERSONALIZADOS

Plan puede ser ligeramente modificado para requisitos particulares con un grupo de **20** personas o más. Grupos de más de **50** tienen una opción más flexible en la personalización del plan y se puede incluir cobertura visual y dental.





## PROCESO DE RECLAMO



### Programa de Pre Notificación

El programa de Pre-Notificación requiere que el Asegurado (o alguien en su nombre) envíe una notificación previa poniéndose en contacto con el Administrador **10** días antes de una cirugía programada, o tan pronto como sea posible, pero no menos de **72** horas antes. Para una hospitalización de emergencia, debe comunicarse dentro de las **48** horas después del ingreso en el hospital de emergencia en cualquier parte del mundo. Servicios ambulatorios que sean prestados en cualquier parte del mundo y superen los **\$1.000** deben ser pre notificados de la misma manera como una hospitalización. De no hacerlo, dará lugar a un **50%** adicional de coaseguro en todos los beneficios.

La Compañía tiene el derecho de coordinar con los Proveedores dentro y fuera de país de residencia para hacer un pago directo ya sea en el caso de una emergencia o una cirugía programada.

Un embarazo debe ser pre notificado dentro de los primeros **180** días de maternidad, de no hacerlo, dará lugar a un **50%** adicional de seguro de cooperación en todas las prestaciones de maternidad.

Los beneficios pagables bajo el contrato de la póliza están sujetos a elegibilidad en el momento en el cual los gastos son incurridos, y están sujetos a todos los demás términos, limitaciones y exclusiones del contrato de la póliza. La pre-notificación no garantiza ni confirma los beneficios del contrato de la póliza.

El formulario de reclamo debe ser debidamente completado y firmado para que un siniestro sea procesado. Todo asegurado de **18** años en adelante debe firmar su propio formulario.





## INFORMACION DE CONTACTO DEL ADMINISTRADOR

Los métodos aceptables de ponerse en contacto con el administrador incluyen teléfono, fax y correo electrónico. Para completar una pre-notificación, el administrador tendrá que obtener la siguiente información de la Persona asegurada:

1. Número de póliza
2. Nombre del paciente
3. El número de teléfono del paciente (y / o dirección de correo electrónico)
4. Nombre y número de teléfono del hospital
5. Nombre y teléfono número del médico que refirió al paciente
6. Diagnóstico y días aproximados que estará ingresado.

Administrador puede ser contactado en:

### Global Assurance Group

801 NE 167th St

2nd Floor

North Miami Beach, FL 33162

Teléfono: +1-305-493-3071

Fax: +1-305-493-3078

Correo electrónico: [claims@claria.us](mailto:claims@claria.us)

## INFORMACION DE CONTACTO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA DESPUES DE HORAS LABORABLES

GMMI / Europ Assistance puede ser contactado en **1 888.803.3287** dentro de los EE.UU., fuera de los EE.UU. al **+1.954.308.3914** llamadas por cobrar son aceptadas.

## USO DE LA RED DE PROVEEDORES APROBADA EN ESTADOS UNIDOS

Servicios y tratamientos en los Estados Unidos deben ser recibidos en un centro aprobado de la Red de Proveedores, si es que existe dentro de un radio de 50 millas del lugar donde la persona asegurada se encuentra. Para obtener una lista de los proveedores de la Red contacte al Administrador. Si no se utiliza un proveedor de la Red, puede dar lugar a un coaseguro adicional de **50%** de los beneficios elegibles descritos en el contrato de póliza.



## HOSPITALES

El asegurado es libre de elegir el hospital y médico de su preferencia en el país de residencia y en todo el mundo fuera de los Estados Unidos.

### Dentro de los Estados Unidos, para los Planes SKY y SUN:

El acceso a PHCS, Red de Proveedores Preferidos, uno de los proveedores de servicios más completo de medicina en Estados Unidos. Incluye **4,100** hospitales y **550,000** médicos y especialistas.

### Dentro de los Estados Unidos, para el Plan STAR:

El acceso a los hospitales de la "Red Star de Hospitales"

### Opcional para Planes SKY y SUN, dentro de los Estados Unidos:

Al seleccionar y avisar al Administrador por escrito del uso de los beneficios en uno de los hospitales de la Red Star el asegurado podrá tener:

- Reducción de hasta **\$1000** del deducible
- Eliminación del coaseguro
- Reembolso del pasaje aéreo de ida y vuelta (*hasta \$ 500*)

### Condicionado a lo siguiente:

- El tratamiento no puede ser de emergencia o ambulatorio.
- No se aplica para maternidad.
- El Asegurado debe notificar por escrito al menos **10** días hábiles antes de la hospitalización, junto con la información de contacto del médico e informes médicos, así como una estimación de costos de tratamiento del Hospital.
- El hospital debe estar en la lista actual de la Red Star.
- El beneficio debe ser aprobado por escrito por el Administrador.



**Claria - The Clear Choice**



**801 NE 167th Street  
North Miami Beach, FL 33162  
TEL: +1 305.493.3071  
FAX: +1 305.493.3078  
[www.claria.us](http://www.claria.us)**