

## SELECCIÓN DE COBERTURA DE PROTECCIÓN CONTRA LESIONES PERSONALES (PIP) MÉDICA DE MICHIGAN – INDIVIDUO(S)

AGENCIA:	SOLICITANTE/ASEGURADO DESIGNADO:	
	COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
	NO. DE PÓLIZA/COTIZACIÓN:	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:

### LEA TODO ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE

#### EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO

El propósito de este formulario es explicar la elección que tiene con respecto a su cobertura de **Protección Contra Lesiones Personales (PIP, por sus siglas en inglés) médica** y para ayudarle a tomar esa decisión. Lea este formulario cuidadosamente porque la elección que haga tendrá consecuencias financieras.

### Explicación de la Cobertura de Protección Contra Lesiones Personales (PIP) Médica

La Protección Contra Lesiones Personales (PIP) paga los gastos permitidos para su cuidado, recuperación, rehabilitación, pérdida de salarios y servicios de reposición. La cobertura PIP también incluye algunos beneficios de gastos funerarios y beneficios para sobrevivientes que son pagados a sus dependientes si las lesiones de un accidente automovilístico resultan en su muerte. Este formulario le permite seleccionar el nivel de cobertura **PIP médica** que desea incluir con su póliza de automóvil.

Este formulario se divide en tres secciones, que se describen a continuación.

- La Sección A reseñará sus opciones de cobertura **PIP médica** y los riesgos y beneficios de cada opción.
- La Sección B le pedirá que elija UNA opción de cobertura.
- La Sección C le pedirá que certifique su elección y reconozca la información contenida en este formulario.

#### AVISO

Debe elegir el nivel de cobertura **PIP médica** que desea tener bajo su póliza de automóvil. Si no realiza una selección de las opciones enumeradas:

- Su póliza se emitirá con cobertura **PIP médica** ilimitada; Y
- Se le cobrará la prima correspondiente por esta cobertura.

### Definiciones

Los términos en negrita a lo largo de este formulario se definen a continuación solo con fines informativos y no están destinados a limitar o ampliar la cobertura que puede estar disponible en una póliza en particular.

**Solicitante** significa una persona que ha presentado una solicitud de seguro, pero aún no está asegurada bajo una póliza.

**Cuidado de asistente** significa servicios para ayudar a una persona lesionada con tareas que normalmente haría por sí misma (por ejemplo, comer, bañarse, vestirse, arreglarse y administrar medicamentos). También puede involucrar supervisión u otros tipos de apoyo.

**Exceso de cuidado de asistente** significa cobertura adicional adquirida para **cuidado de asistente** por encima del límite de cobertura **PIP médica** seleccionada para su póliza.

**Plan de Reclamos Asignados de Michigan** es un programa que podría pagar beneficios a las personas heridas en un accidente con un automóvil cuando no hay una póliza de seguro de automóvil aplicable.

**Asegurado designado** significa la(s) persona(s) nombradas en una póliza de seguro

**Protección contra Lesiones Personales (PIP) Médica** es una cobertura bajo una póliza de seguros de automóvil emitida en Michigan que paga gastos permitidos para atención médica, recuperación, rehabilitación y algunos gastos funerarios.

**Cobertura de salud calificada** significa cualquiera de los siguientes:

- Cobertura de salud y accidentes que no excluye ni limita la cobertura de lesiones relacionadas con accidentes automovilísticos y tiene un deducible individual anual de \$6,000 o menos; O
- Cobertura bajo Medicare Partes A y B

Medicaid y los ministerios de atención de salud compartida son ejemplos de coberturas que NO se consideran como **cobertura de salud calificada**.

**Pariente residente** significa un pariente de usted o su cónyuge que vive en el mismo hogar.

## Sección A: Sus opciones de PIP médica y los riesgos y beneficios de cada uno

### Opción 1: Cobertura Ilimitada

Esta opción proporciona la mayor cobertura. Pagará todos los gastos permitidos para su cuidado, recuperación y rehabilitación si se lesiona en un accidente automovilístico.

Riesgos	Las primas para esta opción son más altas que las primas para otras opciones.
Beneficios	La <b>PIP médica</b> cubrirá los costos que pueden no estar cubiertos por el seguro de salud, como rehabilitación y <b>cuidado de asistentes</b> . Esta opción limitará significativamente el riesgo de que tenga gastos de bolsillo por su atención.

### Opción 2: Cobertura Limitada de \$500,000 u

### Opción 3: Cobertura Limitada de \$250,000

Si elige uno de estos límites, esta cantidad es lo máximo que su compañía de seguros de automóviles pagará por persona por accidente para los gastos de una persona lesionada bajo la cobertura **PIP médica**.

Riesgos	Las coberturas <b>PIP médicas</b> limitadas pueden no ser suficientes para cubrir sus gastos médicos. Si se alcanza el límite de su <b>PIP médica</b> , es posible que deba depender de otra cobertura de salud, que puede no cubrir todos los costos médicos, de rehabilitación o de <b>cuidado de asistente</b> . Si no tiene otra cobertura de salud, puede ser personalmente responsable de pagar estos gastos. NOTA: Su compañía de seguros debe ofrecer una cobertura de <b>exceso de cuidado de asistente</b> , que puede comprar por una prima adicional. Consulte con su agente o compañía para obtener información adicional.
---------	--

Beneficios	Los límites de cobertura más bajos tienen primas menos costosas que los planes con cobertura <b>PIP médica</b> mayor o ilimitada. Hasta el límite elegido, la <b>PIP médica</b> cubrirá el costo de productos y servicios que pueden no ser cubiertos por un seguro de salud, como rehabilitación y <b>cuidado de asistente</b> .
------------	--

### Opción 4: Cobertura Limitada de \$250,000, con algunas o todas las personas excluidas de **PIP médica**

Esta opción solo está disponible si elige el límite de **PIP médica** de \$250,000.

- Un **asegurado designado** que desee excluir **PIP médica** debe tener una **cobertura de salud calificada** que no sea Medicare.
- Cualquier **pariente residente** o cónyuge que desee excluir **PIP médica** debe tener **cobertura de salud calificada**.

Cualquier persona excluida no tendrá cobertura **PIP médica**. Cualquier persona que no esté excluida tendrá \$250,000 de cobertura **PIP médica**.

Riesgos	<b>CUALQUIER PERSONA QUE EXCLUYA NO TENDRÁ COBERTURA PIP MÉDICA.</b> Adicionalmente: <ul style="list-style-type: none"><li>• Las personas que dependen de <b>cobertura de salud calificada</b> para pagar lesiones por accidentes automovilísticos deben ser conscientes de que, a diferencia del seguro de automóviles, el seguro de salud deja de pagar cuando la póliza termina o es cancelada.</li><li>• Si alguna persona excluida pierde <b>cobertura de salud calificada</b>, debe notificar a su asegurador dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura.</li><li>• Dentro de los 30 días de perder la <b>cobertura de salud calificada</b>, si una persona excluida resulta lesionada en un accidente automovilístico, la cobertura será proporcionada por el <b>Plan de Reclamos Asignados de Michigan</b> por hasta \$2,000,000 si no tienen otra cobertura de salud calificada o cobertura <b>PIP médica</b>.</li><li>• Una persona que no ha obtenido <b>cobertura de salud calificada</b> o cobertura <b>PIP médica</b> dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura no tendrán derecho a ningún beneficio de <b>PIP médica</b>.</li></ul> NOTA: Su compañía de seguros debe ofrecerle un <b>exceso de cuidado de asistente</b> , que puede comprar por una prima adicional. Esta cobertura solo está disponible para aquellos que no están excluidos de cobertura <b>PIP médica</b> . Consulte con su agente o compañía para obtener información adicional.
---------	--

Beneficios	Pagará una prima reducida porque no se le cobrará una prima por cobertura <b>PIP médica</b> por cualquier persona que esté excluida.
------------	--

## Sección A (Continuación)

### Opción 5: Cobertura Limitada de \$50,000

Si elige este límite, \$50,000 es lo máximo que su compañía de seguros de automóviles pagará por persona por accidente por los gastos de la persona lesionada bajo la cobertura **PIP médica**.

Puede seleccionar esta opción si:

- El **solicitante** o el **asegurado designado** está inscrito en Medicaid; Y
- Cualquier cónyuge y todos los **parientes residentes** tienen uno de los siguientes:
  - a) **cobertura de salud calificada**;
  - b) inscripción en Medicaid, o
  - c) cobertura bajo otra póliza de automóvil con cobertura **PIP médica**.

Riesgos	Las coberturas <b>PIP médicas</b> limitadas pueden no ser suficientes para cubrir sus gastos médicos. Si se alcanza el límite de su <b>PIP médica</b> , es posible que deba depender de otra cobertura de salud, que puede no cubrir todos los costos médicos, de rehabilitación o de <b>cuidado de asistente</b> . Si no tiene otra cobertura de salud, puede ser personalmente responsable de pagar estos gastos.  NOTA: Su compañía de seguros debe ofrecer una cobertura de <b>exceso de cuidado de asistente</b> , que puede comprar por una prima adicional. Consulte con su agente o compañía para obtener información adicional.
Beneficios	Los límites de cobertura más bajos tienen primas menos costosas que los planes con cobertura <b>PIP médica</b> mayor o ilimitada.  Hasta el límite elegido, la <b>PIP médica</b> cubrirá el costo de productos y servicios que pueden no ser cubiertos por un seguro de salud, como rehabilitación y <b>cuidado de asistente</b> .

### Opción 6: Sin cobertura **PIP médica** para cualquier persona cubierta por esta póliza

Puede seleccionar esta opción si:

- El **solicitante** o el **asegurado designado** tiene cobertura bajo las Partes A y B de Medicare, Y
- Cualquier cónyuge y todos los **parientes residentes** cubiertos por la póliza tienen **cobertura de salud calificada** o están cubiertos bajo otra póliza de automóvil con cobertura **PIP médica**.

Riesgos	<b>NO SE PROPORCIONARÁ COBERTURA PIP MÉDICA BAJO SU PÓLIZA.</b> Usted y cualquier otra persona cubierta por esta póliza no tendrán cobertura <b>PIP médica</b> . Usted y esas personas pueden tener que depender de otra cobertura de salud para pagar los gastos médicos resultantes de un accidente automovilístico, que puede no cubrir todos los productos y servicios que brinda la <b>PIP médica</b> . <ul style="list-style-type: none"><li>• Las personas que dependen de <b>cobertura de salud calificada</b> para pagar lesiones por accidentes automovilísticos deben ser conscientes de que, a diferencia del seguro de automóviles, el seguro de salud deja de pagar cuando la póliza termina o es cancelada.</li><li>• Si alguna persona cubierta por la póliza pierde <b>cobertura de salud calificada</b>, debe notificar a su asegurador dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura.</li><li>• Dentro de los 30 días de perder la <b>cobertura de salud calificada</b>, si una persona cubierta por esta póliza resulta lesionada en un accidente automovilístico, la cobertura será proporcionada por el <b>Plan de Reclamos Asignados de Michigan</b> por hasta \$2,000,000 si no tienen otra <b>cobertura de salud calificada</b> o cobertura <b>PIP médica</b>.</li><li>• Una persona que no ha obtenido <b>cobertura de salud calificada</b> o cobertura <b>PIP médica</b> dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura no tendrán derecho a ningún beneficio de <b>PIP médica</b>.</li></ul>
Beneficios	Pagará una prima reducida porque no se le cobrará a su póliza una prima por cobertura <b>PIP médica</b> .

## Sección B: Opciones de cobertura PIP médica y certificación

Haga su elección con cuidado porque la opción que elija tendrá consecuencias financieras. Si elige más de una opción, su aseguradora le proporcionará la opción que tiene el mayor nivel de beneficios y le cobrará la prima correspondiente a esa opción.

**COLOQUE LAS INICIALES EN UNA Y SOLA UNA** opción en la línea al lado de su elección.

\_\_\_\_\_ Opción 1: Cobertura ilimitada **U**

(Inicial)

\_\_\_\_\_ Opción 2: \$500,000 por persona por accidente **U**

(Inicial)

\_\_\_\_\_ Opción 3: \$250,000 por persona por accidente **U**

(Inicial)

\_\_\_\_\_ Opción 4: \$250,000 por persona por accidente con exclusiones **O**

(Inicial)

Al seleccionar la Opción 4, certifica que uno o ambos de los siguientes son verdaderos:

- Un **asegurado designado** que excluye **PIP médica** tiene una **cobertura de salud calificada** que no es Medicare.
- Cualquier **pariente residente** o cónyuge que esté excluyendo **PIP médica** tiene **cobertura de salud calificada**.

Nombre completo de cada persona excluida en la póliza	Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_ Opción 5: \$50,000 por persona por accidente **O**

(Inicial)

Al seleccionar la Opción 5, certifica que ambos de los siguientes son verdaderos:

- El **solicitante** o el **asegurado designado** está inscrito en Medicaid; Y
- Cualquier cónyuge y todos los **parientes residentes** tienen **cobertura de salud calificada**, están inscritos en Medicaid o están cubiertos bajo otra póliza de automóvil con cobertura **PIP médica**.

\_\_\_\_\_ Opción 6: Sin cobertura **PIP médica**.

(Inicial)

Al seleccionar la Opción 6, certifica que ambos de los siguientes son verdaderos:

- El **solicitante** o el **asegurado designado** tiene cobertura bajo las Partes A y B de Medicare; Y
- **Cualquier** cónyuge y todos los **parientes residentes** tienen **cobertura de salud calificada** o están cubiertos por otra póliza de automóvil con cobertura **PIP médica**.

## Sección C: Certificación

**Debe colocar las iniciales en cada línea y firmar y fechar este formulario.**

\_\_\_\_\_ He leído este formulario. Entiendo las opciones de **PIP médica** disponibles para mí y los beneficios y riesgos asociados con esas opciones.

(Inicial)

\_\_\_\_\_ He hecho una elección de cobertura y entiendo que la elección que hice se aplica a mí y a cualquier otra persona que reclama beneficios bajo esta póliza.

(Inicial)

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no he hecho una elección, mi póliza se emitirá con cobertura **PIP médica** ilimitada y se me cobrará la prima por esta opción.

(Inicial)

\_\_\_\_\_ Entiendo que si he elegido la Opción 4 o la Opción 6, debo notificar a mi asegurador dentro de 30 días si una persona que tiene **cobertura de salud calificada** pierde su **cobertura de salud calificada**. Una persona que no ha obtenido **cobertura de salud calificada** o cobertura **PIP médica** dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura no tendrá derecho a ningún beneficio de **PIP médica**.

(Inicial)

**FIRMA DEL SOLICITANTE/ASEGURADO DESIGNADO**

**FECHA**