

**I. ANTECEDENTES**

El Aviso de prueba de cobertura (POC) fue preparado para su uso en ciertos estados, pero solo si no es posible emitir pólizas que el Consejo Nacional de Seguros de Compensación (National Council on Compensation Insurance, Inc., NCCI) pueda recibir dentro de los plazos requeridos por dichos estados para los avisos de cobertura. Además, solo debe enviarse al NCCI para cancelar una POC previamente enviada cuando la póliza **no** se haya emitido.

**II. PRESENTACIÓN DEL AVISO DE PRUEBA DE COBERTURA: COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (WC) 89 06 20 C**

Este aviso debe presentarse ante el NCCI para todas las pólizas que no serán recibidas por el NCCI dentro del plazo requerido por el estado para dar aviso de la cobertura, tal como se indica en la sección III.

Este formulario **no** sustituye la Página de información de la póliza (WC 00 00 01 A), la cual, cuando se emita, deberá seguir enviándose al NCCI. Cuando el NCCI reciba la Página de información, reemplazará el Aviso de POC, pero mantendrá la fecha de recepción original del Aviso de POC. Para que ocurra esta coincidencia, el número de póliza, el código de la aseguradora y la fecha de entrada en vigencia de la póliza deben ser los mismos en la Página de información de la póliza que los informados en el Aviso de POC.

Si la Página de información de la póliza será emitida o ha sido emitida con un número de póliza, un código de la aseguradora y/o una fecha de entrada en vigencia de la póliza diferentes a los informados en el Aviso de POC, utilice el formulario de Aviso de POC, sección "Aviso de cambio/eliminación", para modificar los datos que sean diferentes. Esto es necesario para garantizar que haya una coincidencia entre el Aviso de POC y la Página de información de la póliza y para mantener la fecha original de notificación de la cobertura del Aviso de POC.

**Recordatorio:** Los datos de la Página de información de la póliza reemplazarán completamente la información brindada en el Aviso de POC, excepto por la fecha de recepción de la notificación original de la cobertura.

Si se cancelará la cobertura y la Página de información de la póliza no se ha emitido, envíe el Aviso de POC que indique la cancelación. La parte superior del formulario debe ser idéntica a la proporcionada en el Aviso de POC original.

Si se cancelará la cobertura de la póliza y la Página de información de la póliza se ha emitido, **debe** utilizarse el Aviso de terminación/cancelación/restablecimiento de la póliza (WC 89 06 09 B) para cancelar la póliza.

Si es necesario modificar la información en el Aviso de POC, complete la parte superior del formulario tal como fue presentada originalmente y complete solo los ítems que se cambiarán en la sección "Aviso de cambio/eliminación" del formulario. Todos los cambios se efectúan a partir de la fecha de entrada en vigencia de la póliza.

El Aviso de eliminación de prueba de cobertura debe utilizarse solo si el Aviso de prueba de cobertura se emitió por error. Si el Aviso de prueba de cobertura se emitió legítimamente y ya no es necesario, utilice la sección "Terminación/cancelación" del formulario.

Envíe por correo todos los formularios de Aviso de POC de la siguiente manera:

**Correo de los Estados Unidos**  
NCCI, Inc.  
c/o First Image Data Acquisition Division  
P.O. Box 7369  
London, KY 40742-7369

**Otros medios de envío aceptables\***  
NCCI, Inc.  
c/o First Image Data Acquisition Division  
1084 South Laurel Road  
London, KY 40742-9928

\* "Otros medios de envío aceptables" incluyen servicios de mensajería como Federal Express, UPS, entre otros.

**III. ESTADOS QUE ACEPTAN EL AVISO DE PRUEBA DE COBERTURA**

<b>Estado</b>	<b>Cantidad de días después de la fecha de entrada en vigencia de la póliza en que el NCCI debe recibir la póliza</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia de la POC</b>	<b>Fecha de implementación del Aviso de POC</b>
Colorado	30	1 de noviembre de 1994	1 de abril de 1997
Maryland	30	1 de octubre de 1991	1 de octubre de 1991
Carolina del Sur	30	1 de julio de 1989	1 de julio de 1989

**IV. MODIFICACIÓN DEL FORMULARIO WC 89 06 20 C**

Los proveedores de datos, salvo aquellos que generen este aviso electrónicamente, deben utilizar este formulario exactamente como está impreso. Este formulario está disponible a través del programa central de formularios del NCCI.

Los proveedores de datos que generen este formulario electrónicamente pueden modificar el formato del formulario. El contenido del formulario, así como el número de formulario, deben reproducirse exactamente. Sin embargo, estos proveedores de datos solo pueden imprimir la información y el texto correspondientes a la transacción específica que se está informando (por ejemplo, solo el texto de cancelación [se requiere toda la parte superior del formulario]).

**V. USO DEL FORMULARIO WC 89 06 20 C COMO AVISO DE CANCELACIÓN AL ASEGURADO**

Cuando esté permitido, los proveedores de datos pueden utilizar este aviso para notificar la cancelación al asegurado, así como también al NCCI. El uso de este formulario como aviso de cancelación al asegurado no es obligatorio. Los proveedores de datos pueden utilizar este formulario o el formulario de su propia empresa, según lo prefieran y según los requisitos específicos de cada estado.

Emitido el 15 de mayo de 1997

**AVISO DE PRUEBA DE COBERTURA**

Nombre principal del asegurado \_\_\_\_\_

Dirección principal del asegurado \_\_\_\_\_

N.º de identificación federal \_\_\_\_\_ Código de la aseguradora del NCCI \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

Oficina emisora \_\_\_\_\_

Número de póliza

Fecha de entrada en vigencia de la póliza

Fecha de vencimiento de la póliza

Estado(s) cubierto(s) \_\_\_\_\_

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

**TERMINACIÓN/CANCELACIÓN**

La cobertura proporcionada bajo el número de póliza indicado arriba se terminará/cancelará a partir del \_\_\_\_ a las 12:01 a.m., hora estándar, en la dirección postal del asegurado, por la(s) siguiente(s) razón(es):

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

**AVISO DE CAMBIO/ELIMINACIÓN**

La información de la cobertura indicada arriba se está modificando. Los cambios son los siguientes:

Nombre principal del asegurado revisado \_\_\_\_\_

Dirección principal del asegurado revisada \_\_\_\_\_

N.º de identificación federal revisado \_\_\_\_\_ Código de la aseguradora del NCCI revisado \_\_\_\_\_

Número de póliza revisado

Fecha de entrada en vigencia de la póliza revisada

Fecha de vencimiento de la póliza revisada

Estado(s) cubierto(s) revisado(s) \_\_\_\_\_

Aviso de eliminación de prueba de cobertura \_\_\_\_\_

Fecha de emisión \_\_\_\_\_