

**I. ANTECEDENTES**

El Consejo Nacional de Seguros de Compensación (National Council on Compensation Insurance, Inc., NCCI) ha desarrollado e implementado el Sistema de Captura de Emisión de Pólizas (Policy Issue Capture System, PICS). Con este sistema, el NCCI recopila y almacena todos los datos de las pólizas de compensación para trabajadores. Los datos de la póliza se obtienen a partir de los documentos de póliza que las aseguradoras presentan al NCCI. (Las aseguradoras también tienen la opción de enviar estos datos electrónicamente al NCCI).

El PICS se ha desarrollado para cumplir tres funciones básicas. Una de ellas es brindar información actuarial que pueda utilizarse para controlar la calidad de los datos utilizados para establecer las tarifas. La segunda función es brindar un control sobre la presentación de los informes estadísticos unitarios. La tercera función del PICS es la notificación de los datos de cobertura a las agencias estatales de compensación para trabajadores (es decir, comisiones industriales, juntas de accidentes, departamentos de trabajo). A medida que las agencias estatales de compensación para trabajadores celebran contratos con el NCCI para utilizar su programa de Prueba de Cobertura (POC), la notificación de datos de cobertura por parte del NCCI a dichas agencias elimina la necesidad de que las aseguradoras reporten directamente esos datos a las agencias. (Las aseguradoras estarán obligadas por estas agencias a presentar los datos de cobertura, pero podrán cumplir con este requisito informando dichos datos directamente al NCCI en lugar de hacerlo ante las agencias estatales).

Los datos de cobertura presentados por el NCCI a las agencias estatales de compensación para trabajadores se tomarán de los documentos de la póliza (página de información, anexos adjuntos, endosos) presentados por las aseguradoras al NCCI. Esto es posible ya que los datos requeridos por estas agencias son un subconjunto de los datos contenidos en los documentos de la póliza. El Aviso de terminación/cancelación/restablecimiento de la póliza explicado en esta nota es un documento adicional de la póliza que las aseguradoras deben presentar al NCCI para que el NCCI pueda brindar estos datos a las agencias estatales.

**II. PRESENTACIÓN DEL AVISO DE TERMINACIÓN/CANCELACIÓN/RESTABLECIMIENTO DE LA PÓLIZA: FORMULARIO WC 89 06 09 B**

Este aviso se debe presentar al NCCI para todas las pólizas con uno o más estados que participen en el programa POC del NCCI, según se identifica en la sección V. NOTA: Virginia tiene su propio Aviso de cancelación/restablecimiento, el cual se debe presentar directamente a Virginia. Se acepta una copia del formulario de Virginia en lugar de este formulario para ser enviado al NCCI (las aseguradoras que envíen cancelaciones y restablecimientos electrónicamente no necesitan enviar ninguno de los dos formularios al NCCI). Las condiciones de presentación para el aviso son las siguientes:

1. La póliza está terminada, cancelada o programada para ser cancelada o, cuando se requiera, no renovada.  
o
2. La póliza es restablecida después de haber sido cancelada o programada para ser cancelada o no renovada y, como se requiere en el punto 1 anterior, este aviso se ha enviado previamente al NCCI.  
o
3. Se cambia la fecha de entrada en vigencia de la terminación/cancelación y, como se requiere en el punto 1 anterior, este aviso se ha enviado previamente al NCCI.

Las aseguradoras no necesitan presentar ningún formulario, aparte de este aviso, al NCCI siempre que se aplique una de las condiciones anteriores en las pólizas con uno o más estados identificados en la sección V.

**III. RELACIÓN DEL AVISO DE TERMINACIÓN/CANCELACIÓN/RESTABLECIMIENTO DE LA PÓLIZA CON LOS REQUISITOS DE INFORME DE LA COMPAÑÍA PARA LAS AGENCIAS ESTATALES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (es decir, COMISIONES INDUSTRIALES, DEPARTAMENTOS DE TRABAJO, etc.)****A. Definición de pólizas de un solo estado y pólizas multiestatales**

Una póliza de un solo estado se define, para los fines de estas reglas, como una póliza que tiene únicamente uno de los estados listados en la sección V a continuación, indicado en el ítem 3.A. de la Página de información.

Una póliza multiestatal se define, para los fines de estas reglas, como una póliza que tiene dos o más de los estados listados en la sección V a continuación, indicado en el ítem 3.A. de la Página de información.

**B. Pólizas de un solo estado**

**1. Pólizas de un solo estado que cubren un estado en el que el programa POC está en vigor.**

Las aseguradoras no están obligadas a presentar ningún dato de cobertura (es decir, notificación de cobertura, cancelación, etc.) directamente a las agencias estatales de compensación para trabajadores para cualquier póliza que brinde cobertura para un estado listado en la sección V a continuación, a partir de la fecha indicada para ese estado.

**2. Pólizas de un solo estado que cubren un estado en el que el programa POC no está en vigor**

Las aseguradoras deben seguir presentando los datos de cobertura directamente a las agencias estatales de compensación para trabajadores para cualquier póliza que brinde cobertura para un estado en el que el programa POC aún no esté en vigor. Dicho estado será cualquier estado que no esté listado en la sección V.

**C. Pólizas multiestatales**

Las aseguradoras no están obligadas a presentar ningún dato de cobertura directamente a ninguna agencia estatal de compensación para trabajadores para un estado cubierto por la póliza y que participe en el programa POC, según se muestra en la sección V.

Las aseguradoras deben seguir reportando los datos de cobertura directamente a las agencias estatales de compensación para trabajadores para un estado determinado cubierto por la póliza y que no esté listado en la sección V.

Por lo tanto, una póliza multiestatal puede redundar en que las aseguradoras estén obligadas a presentar datos de cobertura directamente a las agencias estatales de compensación para trabajadores para algunos estados cubiertos por la póliza, pero no para todos los estados cubiertos por ella.

**IV. PLAZOS DE INFORME PARA EL FORMULARIO WC 89 06 09 B**

**A. Terminaciones, cancelaciones y restablecimientos**

El NCCI debe recibir este aviso a más tardar la cantidad de días antes de la fecha efectiva de cancelación o terminación, o en caso de no renovación, antes de la fecha de vencimiento de la póliza, según lo especificado en la Reglamentación Administrativa de la Comisión Industrial/de Compensación para Trabajadores o el estatuto del/de los estado(s) cubierto(s) por la póliza. Para las pólizas multiestatales, el plazo de informe estará determinado por el mayor número de días para cualquier estado cubierto. Los avisos de restablecimiento se deben presentar tan pronto como se emita el restablecimiento.

**V. ESTADOS Y FECHAS DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE PRUEBA DE COBERTURA DEL NCCI**

<b>Estado de POC</b>	<b>Fecha de POC</b>
Alabama	1 de marzo de 1987 (fecha de entrada en vigencia de la póliza)
Colorado	1 de noviembre de 1994
Connecticut	1 de enero de 1991
Distrito de Columbia	1 de julio de 1997
Georgia	15 de abril de 1987
Idaho	1 de agosto de 1997
Illinois	1 de abril de 1986
Indiana	1 de enero de 1998
Kansas	1 de marzo de 1987
Kentucky	1 de noviembre de 1997
Luisiana	1 de noviembre de 1994
Maryland	1 de mayo de 1987
Misisipi	1 de enero de 1993
Misuri	1 de agosto de 1997
Montana	1 de junio de 1994
Nebraska	1 de agosto de 1996
Nuevo México	1 de julio de 1994
Rhode Island	1 de junio de 1998
Carolina del Sur	1 de julio de 1989
Dakota del Sur	1 de junio de 1997
Utah	1 de septiembre de 1987
Vermont	1 de diciembre de 1991
Virginia	31 de diciembre de 1989

**6.ª reimpresión***Emitido el 27 de agosto de 1998*

Los documentos de la póliza en formato físico deben enviarse de la siguiente manera::

**Correo de los Estados Unidos**

NCCI  
c/o First Image Data Acquisition Division  
P.O. Box 7369  
London, KY 40742-7369

**Otros tipo de correo**

NCCI  
c/o First Image Data Acquisition Division  
1084 South Laurel Road  
London, KY 40741-9928

Los documentos de la póliza en cinta magnética deben enviarse de la siguiente manera:

**Correo de los Estados Unidos**

NCCI— Data Reporting Services  
P.O. Box 5049  
Boca Raton, FL 33431-0849

**Otros tipo de correo**

NCCI Data Management—Data Collection  
750 Park of Commerce Drive  
Boca Raton, FL 33487

**VI. MODIFICACIÓN DEL FORMULARIO WC 89 06 09 B**

Las aseguradoras, excepto aquellas que generen este aviso mediante computadora, deben usarlo exactamente tal como está impreso. Este formulario está disponible a través del programa central de formularios del NCCI.

Las aseguradoras que generen este aviso mediante computadora pueden modificar el formato del formulario. El contenido del formulario, así como el número de formulario, deben reproducirse exactamente. Sin embargo, una aseguradora solo puede imprimir la información y el texto correspondientes a la transacción específica que se está informando (por ejemplo, solo el texto de cancelación).

**VII. USO DEL FORMULARIO WC 89 06 09 B COMO AVISO DE CANCELACIÓN AL ASEGURADO**

Cuando esté permitido, las aseguradoras pueden utilizar este aviso para notificar la cancelación al asegurado, así como también al NCCI. Muchos estados tienen sus propios formularios para este propósito. El uso de este formulario como aviso de cancelación al asegurado **no** es obligatorio. Las aseguradoras pueden utilizar este formulario o el formulario de su propia empresa, según lo prefieran y según los requisitos específicos de cada estado.

3.<sup>a</sup> reimpresión

Emitido el 1 de julio de 1996

**AVISO DE TERMINACIÓN/CANCELACIÓN/RESTABLECIMIENTO DE LA PÓLIZA**

Nombre de la aseguradora/Código de la aseguradora del NCCI \_\_\_\_\_

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

N.º de identificación federal \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado \_\_\_\_\_

Número de póliza

Fecha de entrada en vigencia de la póliza

Fecha de vencimiento de la póliza

**Terminación/cancelación/no renovación**

La cobertura proporcionada bajo el número de póliza indicado arriba \_\_\_\_\_ no se renueva o \_\_\_\_\_ se termina/cancela de manera \_\_\_\_\_ plana, \_\_\_\_\_ prorrateada o \_\_\_\_\_ a tarifa corta, a partir del \_\_\_\_\_ a las 12:01 a.m., hora estándar, en la dirección postal del asegurado, por la(s) siguiente(s) razón(es):

**Restablecimiento**

La cobertura brindada bajo el número de póliza indicado arriba, que previamente no se renovó, se canceló o programó para cancelación, se restablece a partir del \_\_\_\_\_ a las 12:01 a.m., hora estándar, en la dirección postal del asegurado.

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

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

Nombre del productor \_\_\_\_\_

Sello de fecha

(Solo para uso del NCCI):