

Auditoria de Cobertura de Seguros

Revision completa de 7 polizas + brechas + fechas de renovacion

Como usar: completa una fila por cada poliza activa en tu hogar. Marca las brechas identificadas. Revisa la auditoria una vez al ano en el mismo mes (sugerido enero). Guarda el documento con las polizas fisicas o en tu carpeta financiera principal.

Salud

Aseguradora / plan: _____

Tipo (PPO, HMO, EPO, HDHP): _____ Deducible: \$ _____ OOP max: \$ _____

Titular del plan (empleador, ACA, Medicaid): _____

Fecha de renovacion o inscripcion abierta: _____

HSA activa (si HDHP): Si / No Aporte anual actual: \$ _____

Brecha identificada: _____

Seguro de vida (por asegurado)

Aseguradora + plan + numero de poliza: _____

Tipo (a termino / entero / universal): _____

Beneficio de muerte: \$ _____ Plazo (si a termino): _____ anos

Prima mensual: \$ _____ Beneficiario primario + contingente: _____

Cobertura vs necesidad DIME (esta arriba o debajo): _____

Brecha identificada: _____

Seguro por discapacidad

Cobertura corta (STD): duracion _____ meses % ingreso _____

Cobertura larga (LTD): duracion _____ anos % ingreso _____

Fuente (empleador / privada): _____ Gravable: Si / No

Own occupation o any occupation: _____

Periodo de espera (elimination period): _____ dias

Rider COLA (ajuste inflacion): Si / No Brecha: _____

Casa (propietarios) o inquilino

Aseguradora + póliza: _____

Dwelling (A) - valor asegurado: \$_____ Costo de reposición o ACV: _____

Personal property (C) - valor asegurado: \$_____ Costo de reposición o ACV: _____

Liability (E) - límite: \$_____ Deducible general: \$_____

Endorsements activos (joyas, arte, electrónica): _____

Cobertura de inundación (NFIP o privada): Si / No Brecha: _____

Auto (por vehículo)

Vehículo (año/marca/modelo): _____

Bodily injury (BI): _____/_____ Property damage (PD): _____

Colisión + comprensiva: Si / No Deducibles: \$_____ / \$_____

UM/UIM (sin/con seguro insuficiente): _____/_____

PIP o MedPay: \$_____ Prima mensual: \$_____

Prima excesiva vs valor del auto (regla 10%): Si / No Brecha: _____

Paraguas y cuidado a largo plazo

Paraguas - aseguradora + límite: \$_____ M Prima anual: \$_____

Límites subyacentes cumplidos (auto 250/500 + casa \$300K): Si / No

LTC - tradicional o híbrido: _____

Beneficio mensual: \$_____ Duración: _____ años Rider COLA: Si / No

Edad al comprar (LTC): _____ Estado de salud actual: _____

Brecha identificada: _____

Prioridades para el próximo año

1. Brecha más crítica identificada: _____

2. Segunda prioridad: _____

3. Tercera prioridad: _____

Fecha objetivo para resolver la primera: _____

Fecha de próxima auditoría (mismo mes cada año): _____

Esta auditoría es diagnóstica, no prescriptiva. Cada estado tiene reglas distintas, y cada aseguradora tiene coberturas y exclusiones específicas. Antes de cambiar o cancelar cualquier póliza, compara al menos tres cotizaciones con la misma cobertura, y - para casos complejos - consulta con un agente de seguros independiente calificado en tu estado.