



Políticas de suscripción / **SALUD**

Contenido

1. Políticas de **emisión**
y **conversión**

2. Políticas de **modificación**
y **renovación**





1. POLÍTICAS DE EMISIÓN Y CONVERSIÓN

SALUD INDIVIDUAL

1.

El seguro SALUD A SU MEDIDA contempla los siguientes planes:

- Plan S con opción de ampliar cobertura (S Plus).
- Plan M con opción de ampliar cobertura (M Plus).
- Plan L (En este plan se requiere previamente a su contratación el diligenciamiento de declaración de asegurabilidad y análisis de riesgo).

2.

El grupo asegurable permitido es:

- Asegurado principal, cónyuge o compañero (a) permanente.
- Familiares del Asegurado principal o del cónyuge o compañero (a) permanente, como hijos, padres, hermanos, sobrinos, abuelos, nietos.

Se permite la emisión de pólizas con un solo asegurado.

Nota:

El grupo asegurable debe pertenecer al mismo plan contratado del producto Salud a Su Medida en una misma póliza (no se permite que los integrantes del grupo familiar pertenezcan a planes diferentes) - Salvo que algún integrante contrate un plan diferente bajo otra póliza.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN Y CONVERSIÓN

3. No existe edad máxima de aceptación de clientes en nuevos negocios o inclusiones de asegurados.

4. Si el nuevo negocio es gestionado por la fuerza de ventas, el Director comercial debe validar la lista de Restringidos a través de intranet con el número de cédula del tomador, y de los dependientes familiares mayores de 18 años.

5. Para todo nuevo negocio del Plan L, en el que soliciten asegurar menores de un (1) año de edad, es obligatorio adjuntar la historia clínica del parto y la historia clínica del pediatra relacionado con la evolución del bebé.

Para asegurar menores de 0 a 4 años como riesgo único en el Plan L, en todos los casos se debe adjuntar historia clínica de pediatría de los últimos dos (2) años.

6. Para nuevos negocios del Plan L con embarazos en curso, es importante adjuntar la siguiente documentación médica:

- Historia Clínica obstétrica
- Laboratorios: Cuadro hemático, parcial de orina, serología, glicemia, rubeola, toxoplasma, citomegalovirus, herpes, HIV, antígeno de superficie hepatitis B, hemoclasificación.
- Ecografía obstétrica.

La anterior es la información médica básica, en caso de encontrar algún dato relevante o resultado patológico, se solicitará información adicional específica para cada caso.

Estos casos deben cumplir con lo siguiente:

- La Periodicidad de pago de prima debe ser anual.
- Pagar la extraprima definida por la Compañía, la cual debe ser recaudada inmediatamente sin posibilidad de diferir el pago.

7. Toda emisión de nuevo negocio debe cumplir con el requisito de firma electrónica por parte del tomador del seguro. El tomador es el responsable de la firma de los siguientes documentos:

- Sarlaft, si aplica
- Condiciones particulares, si aplican.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN Y CONVERSIÓN

8. No aplica ningún descuento para el producto.

Solo aplica el descuento de°nido por la Compañía cuando el pago de la prima sea anual, el cual ya se encuentra contemplado en la tarifa.

9. La periodicidad de facturación y forma de pago permitida es:

Periodo de Facturación	Forma de pago
Anual	Caja de la Compañía que comprende: Pago en Línea con tarjeta de crédito, cuenta corriente y cuenta de ahorros.
Mensual	Débito Automático.

* No es viable la financiación de primas

10. En el caso de que el nuevo negocio de Salud a Su Medida no se pueda gestionar en línea por los medios definidos por la Compañía, se debe diligenciar la forma solicitud de seguro PH-020, indicando el Plan a contratar.

Si el Plan a contratar es el Plan L, además se debe diligenciar por cada asegurado la declaración de asegurabilidad vigente.

11. Se permite conversión de cualquier producto de Salud Individual o Colectivo de Seguros Bolívar a Salud a Su Medida sin requerir análisis de los médicos suscriptores siempre y cuando la solicitud corresponda al Plan S, S Plus, M o M Plus.

Si la solicitud de conversión es al Plan L, se debe diligenciar la declaración de asegurabilidad y el caso será enviado al médico suscriptor para su correspondiente análisis.

12. No existe edad máxima de conversión al producto Salud a Su Medida.

13. Las conversiones se pueden realizar en cualquier momento dentro de la vigencia de la póliza.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN Y CONVERSIÓN

14.

Si un funcionario asegurado bajo una póliza colectiva de salud desea tramitar nuevo negocio del producto Salud a Su Medida y no conversión, debe adjuntar carta firmada donde conste que renuncia a la antigüedad y continuidad alcanzada bajo el seguro colectivo de salud.

15.

La conversión de una colectiva de salud nacional a los planes S, S Plus, M o M Plus de Salud a Su Medida, puede corresponder al mismo grupo familiar que viene asegurado o a cualquiera de los asegurados del grupo familiar.

Si la conversión al plan L no corresponde a todos los asegurados del grupo familiar, requiere análisis y aceptación por parte de los médicos suscriptores.

16.

Cuando la conversión sea de cualquier póliza colectiva o individual de salud y solicitan conversión al plan L, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Si vienen con extra prima permanente se revisará por parte de los médicos suscriptores si la extra prima se mantiene bajo el nuevo producto o si es posible reevaluarla o eliminarla.
- Las condiciones particulares y/o exclusiones que tenía cada asegurado en la póliza anterior, se mantendrán en las mismas condiciones en la nueva póliza.
- Las patologías que se hayan originado durante la vigencia de la póliza anterior, no serán preexistentes para la nueva póliza.
- Los eventos preexistentes para la póliza anterior, serán también preexistentes preexistentes para la nueva póliza.

17.

Para los funcionarios de las pólizas colectivas de empresas con clave directa o con Corredor de seguros, se permite la conversión a cualquier plan del producto Salud a Su Medida.

Para estas conversiones no aplica ningún descuento.

18.

Para la conversión de cualquier póliza al producto Salud a Su Medida, se debe diligenciar la solicitud de seguro PH-020, declaración de asegurabilidad vigente si la conversión es al Plan L.



1. POLÍTICAS DE EMISIÓN Y CONVERSIÓN

- 19.** Para la conversión de póliza individual World Médica Bolívar, Universal Medical Care Plus o Advance sin deducible en Colombia y con anexo de Consulta Externa Tradicional a Salud a Su Medida Plan L, se debe diligenciar únicamente la solicitud de seguro Forma (PH-020). De no tener contratado el anexo de de Consulta Externa Tradicional, es necesario adjuntar adicional a los documentos anteriores la declaración de asegurabilidad vigente.
- 20.** La conversión se ofrecerá y efectuará una vez aceptada por el cliente, con vigencia correspondiente a la fecha efectiva en la que se realiza la conversión.
- No se aceptan conversiones retroactivas.
- 21.** En los planes S y M se cubren preexistencias.
- 22.** Para todo nuevo negocio proveniente de otra compañía aseguradora o contrato de medicina pre-pagada, que se traslade al plan L, se otorgará antigüedad a los asegurados únicamente sobre eventos no conocidos y declarados y aceptados por la Compañía, siempre y cuando se soporte con las certificaciones expedidas por la anterior compañía de seguros o empresa de medicina pre pagada.

Nota:

No se permite discontinuidad de vigencia entre el contrato de Salud de la anterior Compañía de seguros o Medicina Pre pagada y la nueva póliza.

- 23.** Conforme con lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, es obligatorio que el grupo asegurable a suscribir o convertir la póliza de salud se encuentre afiliado a una E.P.S..

Nota:

El área de Operaciones validará en todos los casos el cumplimiento del requisito de afiliación vigente a EPS de todos los asegurados. Solo en los negocios en los que no se evidencie afiliación activa de alguno de los asegurados o afiliación al Régimen Subsidiado, se solicitará la constancia de afiliación a la EPS a través del flujo de trabajo.



2. POLÍTICAS DE **MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN**

SALUD A SU MEDIDA

1. No existe edad máxima de inclusión para nuevos asegurados.

2. Para la inclusión de nuevos asegurados que vengan de otras compañías aseguradoras o contratos de medicina pre-pagada, y que se trasladen al plan L, se otorgará antigüedad únicamente sobre eventos no conocidos y preexistencia declaradas y aceptadas por la Compañía, siempre y cuando se soporte con las certificaciones expedidas por la anterior compañía de seguros o empresa de medicina pre-pagada (estos documentos deben ser expedidos con menos de 30 días).

En los planes S, S Plus, M y M Plus se cubren preexistencias.

Nota:

No se permite discontinuidad de vigencia entre el contrato de Salud de la anterior Compañía de seguros o Medicina Pre pagada y la nueva póliza.

3. Para todas las inclusiones de menores de un (1) año de edad en el Plan L, es obligatorio adjuntar la historia clínica del parto y la historia clínica del pediatra relacionado con la evolución del bebé.



2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN

- 4.** Conforme a lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, es obligatorio obligatorio que el grupo asegurable a incluir en la póliza de salud, se encuentre afiliado a una E.P.S..

Nota:

El área de Operaciones validará en todos los casos el cumplimiento del requisito de afiliación vigente a EPS de todos los asegurados. Solo en los negocios en los que no se evidencie afiliación activa de alguno de los asegurados o afiliación al Régimen Subsidiado, se solicitará la constancia de afiliación a la EPS a través del flujo de trabajo.

- 5.** Para toda solicitud de corrección de fecha de nacimiento. debe adjuntarse la hoja de servicio unificada para productos individuales y colectivos de salud (forma PH-125), y/o carta firmada por el tomador y fotocopia del documento de identidad del asegurado a modificar.

- 6.** Para toda inclusión de asegurados debe diligenciarse la hoja de servicio unificada para productos individuales y colectivos de salud (forma PH-125).

Si el Plan a contratar es el Plan L, además se debe diligenciar por cada asegurado la declaración de asegurabilidad vigente.

Lo anterior no aplica para los recién nacidos, con embarazo cubierto por la póliza.

- 7.** Se permiten conversiones entre planes del producto Salud a Su Medida en cualquier momento de la vigencia del plan actual.

En estos casos, se debe adjuntar la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125).

Si el Plan al cual se van a convertir es el Plan L, además se debe diligenciar por cada asegurado la declaración de asegurabilidad vigente.

- 8.** Para todo cambio de periodicidad de pago debe adjuntarse la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y/o carta firmada por el tomador.

- 9.** Para toda solicitud de cambio de tomador se requiere la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y/o carta firmada



2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN

por el tomador entrante y saliente.

10.

Para las correcciones y actualizaciones de datos personales se debe diligenciar la hoja de servicio unificada para salud individual y colectiva (forma PH-125) y/o carta firmada por el tomador.

11.

No aplica la rehabilitación de pólizas del producto Salud a Su Medida de los planes S, S Plus, M y M Plus. En estos casos, se deben generar como nuevos negocios.

12.

Todas las solicitudes de rehabilitación de pólizas expedidas bajo el plan L que se encuentren canceladas por mora en el pago de la prima quedan sujetas a evaluación médica, siempre y cuando no superen un período de cancelación de seis (6) meses. No aplica la rehabilitación de pólizas cuando el tomador es quien solicita la cancelación de la póliza.

- Si la fecha de cancelación de la póliza no supera los 3 meses a la fecha de solicitud de la rehabilitación, se realiza evaluación médica y se debe diligenciar únicamente la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125).
- Si la fecha de cancelación supera los 3 meses y es menor a los 6 meses a la fecha de solicitud de la rehabilitación, además de quedar sujetas a evaluación médica, se debe diligenciar la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y la Declaración de Asegurabilidad vigente.

13.

Para aquellas pólizas que se autorice la rehabilitación, no se permitirán modificaciones retroactivas a la fecha en que se emita dicha rehabilitación.

14.

Se permite máximo hasta dos rehabilitaciones por vigencia. Casos excepcionales deben ser autorizados por la Línea de Negocio de Salud Individual.

15.

Aquellos casos en los que el tomador solicite excluir riesgos jóvenes de la póliza de salud expedidas bajo el plan L, dejando únicamente asegurados con edad avanzada o asegurados con enfermedades o tratamiento médicos de alto costo, requieren visto bueno por parte de la Línea de Negocio de Salud Individual, toda vez que se configura una antiselección de riesgos y un desequilibrio tarifario respecto a la prima que se venía cobrando y los riesgos amparados que quedan en la póliza.



2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN Y RENOVACIÓN

Nota:

Se permite la exclusión de riesgos en los planes S, S Plus , M y M Plus, sin requerir autorización previa

16.

La renovación de las pólizas individuales del producto Salud a Su Medida serán generadas automáticamente y en forma anticipada cada mes.

17.

La actualización de valores asegurados, primas y coberturas se efectuará en forma anual y de acuerdo con las condiciones definidas por la Línea de Negocio de Bienestar Personas.

18.

Se permite efectuar la siguiente modificación únicamente en la renovación y dentro del primer mes de vigencia:

- Cambio periodicidad de facturación