

CONTENIDO

1.0 SALUD COLECTIVA NACIONAL

- Políticas de Cotización
- Políticas de Emisión
- Políticas de Modificación
- Políticas de Renovación
- Políticas de Conversión

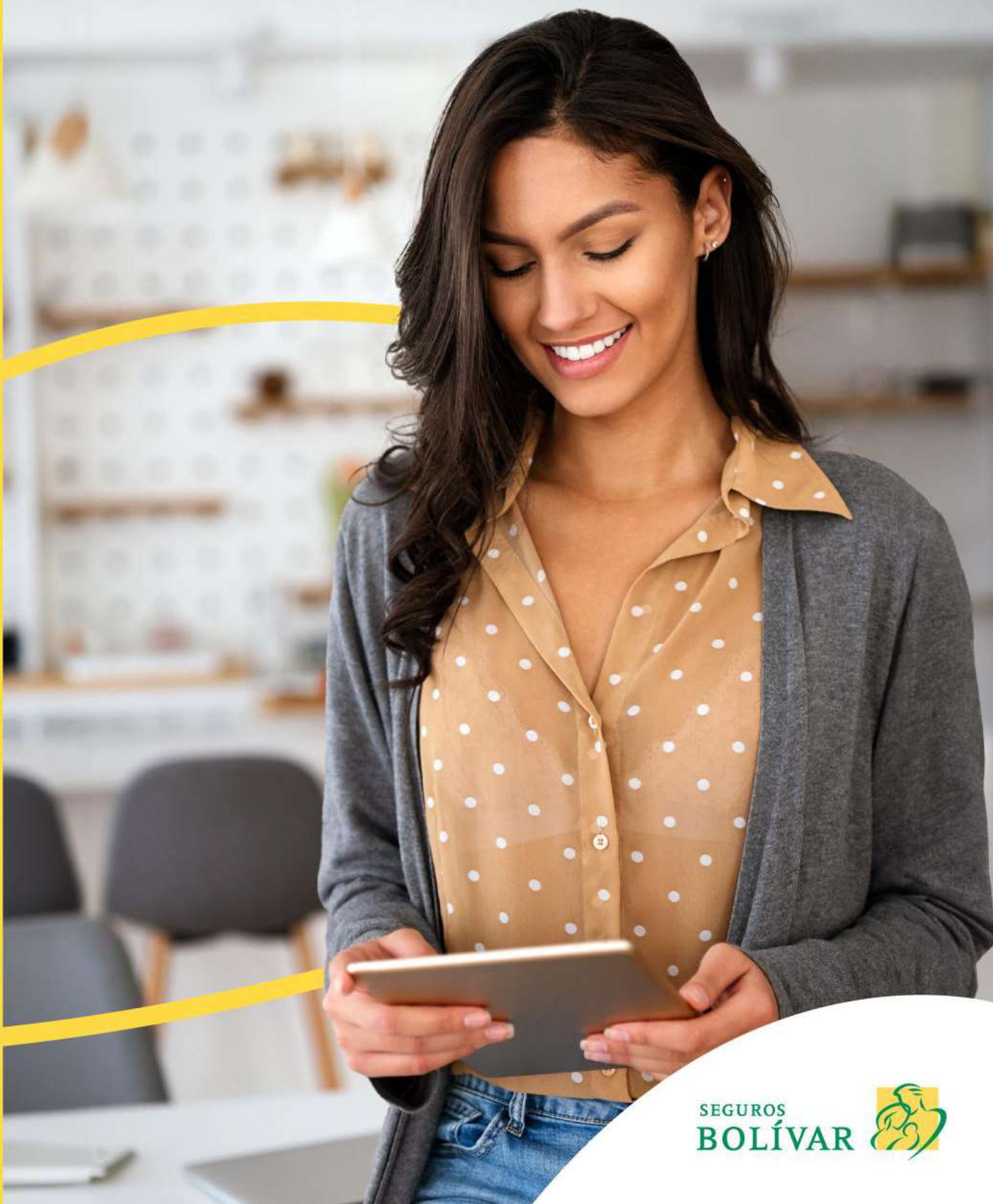
2.0 SALUD COLECTIVO PLANES LIVIANOS

- Políticas de Cotización
- Políticas de Emisión
- Políticas de Modificación
- Políticas de Renovación

3.0 SALUD CORPORATE INTERNACIONAL

- Políticas de Cotización
- Políticas de Emisión
- Políticas de Conversión
- Políticas de Modificación
- Políticas de Renovación

1.0 SALUD COLECTIVA NACIONAL



POLÍTICAS DE COTIZACIÓN

- 1.** En lo posible el número mínimo de asegurados para cotizar una póliza colectiva de salud nacional, debe ser de 30 empleados principales.
- 2.** Debe existir un subsidio de prima por parte de la empresa tomadora de la póliza, (mínimo el 30%), para sus empleados.
- 3.** No se cotizan pólizas colectivas cuando no existe un subsidio importante de prima por parte de la empresa tomadora del seguro.
- 4.** La información para la solicitud de cotización debe estar completamente diligenciada y venir acompañada por el listado de empleados con fechas de nacimiento y/o edades (y parentesco cuando hay beneficiarios).
- 5.** Si la empresa viene con otro contrato colectivo de seguro de salud o de medicina pre pagada debe adjuntar la siniestralidad de 1 a 3 años atrás.
- 6.** Debe confirmarse el nombre de la empresa, Nit, actividad y su ubicación geográfica.
- 7.** Informar si tienen eventos de alto costo y eventos en curso.
- 8.** La Validez de la propuesta es de 60 días contados a partir de la fecha de envío de la cotización.
- 9.** La solicitud de cotización de seguros colectivos de salud debe ser efectuada directamente por el flujo definido, diligenciando y adjuntando la información requerida o el slip de cotización, cuando aplique.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

1. Para emitir una póliza principal, es necesario enviar a Línea de Negocio a través del correo electrónico, la carta del tomador (empresa), aceptando las condiciones del seguro e indicando la vigencia, clave del intermediario, tipo de facturación (vencida o anticipada) y la propuesta escogida; así mismo deben enviar el certificado de Cámara y Comercio de la empresa.
2. El número mínimo de asegurados para suscribir una póliza colectiva de salud nacional, debe ser en lo posible 30 empleados principales.
3. En el producto Swiss Life la edad máxima de aceptación es de 60 o 65 años cumplidos, (según lo negociado con cada empresa), y en los hijos dependientes hasta los 30 años, siempre y cuando conserven su estado civil de solteros y dependan económicamente del asegurado principal. Algunas empresas tienen definido como edad máxima de permanencia para los hijos hasta los 25 años.

Nota: Sin embargo, para hijos, la edad de permanencia en la póliza colectiva de salud será de acuerdo con la política de elegibilidad de cada empresa.

4. En los productos Médica Familiar Bolívar y Empresarial, la edad máxima de aceptación es de 60 años cumplidos y en los hijos dependientes hasta los 25 años, siempre y cuando conserven su estado civil de solteros y dependan económicamente del asegurado principal.

Nota: Sin embargo, para hijos, la edad de permanencia en la póliza colectiva de salud será de acuerdo con la política de elegibilidad de cada empresa.

5. Toda solicitud de seguro debe tramitarse por el proceso digital o diligenciar la solicitud de afiliación, (forma HC-006), con su respectiva Declaración de Asegurabilidad Unificada, debidamente diligenciada y firmada por el tomador (solicitante).
6. Para las pólizas colectivas de Salud nacional de Davivienda, Fiduciaria Davivienda, promociones y Cobranzas Beta y Corredores Davivienda, las inclusiones de nuevos grupos familiares deben tramitarse mediante el proceso digital o la solicitud de afiliación (HC-016).
7. Para la inclusión de nuevos asegurados que vengan de otras compañías aseguradoras o contratos de medicina prepagada se otorgará antigüedad y únicamente sobre eventos no conocidos y eventos declarados por el cliente y aceptados por la Compañía, siempre y cuando, se soporte con las certificaciones expedidas por la anterior compañía de seguros o empresa de medicina prepagada.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

8. Los amparos adicionales que contrate la empresa tomadora serán los mismos que deberán tomar todos los empleados que se aseguren.
9. Los períodos de facturación permitidos son anual, semestral y mensual.
10. Conforme con lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998 es obligatorio que el grupo asegurable a suscribir la póliza de salud se encuentre afiliado a una E.P.S., bajo el régimen contributivo, siendo necesario que en lo posible adjunten constancia actualizada de dicha afiliación.
11. El área de Línea de Negocio de Salud tendrá a cargo el cargue de valores asegurados, primas, condiciones particulares (póliza principal), de aquellos nuevos negocios colectivos de salud nacional. De igual forma, tendrá a cargo la emisión de la carátula, condiciones generales y particulares para entregar al cliente. Nota: No aplica para los planes livianos, los cuales están a cargo del área de operaciones salud.
12. Para toda Emisión de nuevo negocio colectivo de salud, el área comercial debe informar a la Línea de negocio por escrito la red que aplica:
Local - Generalli - Insurope - Swiss - Life Zurich – Otro
13. Los cambios de opción solo serán permitidos en la renovación.

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

1. El grupo asegurable permitido por la Compañía es:
 - Asegurado principal
 - Cónyuge
 - Compañero(a) permanente Hijos
 - Progenitores (igual o menores a 60 años)

2. La edad de permanencia de los hijos dependientes en la póliza Swiss Life es hasta los 30 años y para la Médica Familiar es hasta los 25 años, siempre y cuando conserven su estado civil de solteros y dependan económicamente del asegurado principal.

Nota: Sin embargo, para hijos, la edad de permanencia en la póliza colectiva de salud será de acuerdo con la política de elegibilidad de cada empresa.

3. Toda inclusión de asegurados de las pólizas colectivas de salud nacional de Davivienda o filiales, se realizará a través del formato Solicitud de Servicio, (forma HC-017), y debe estar acompañado de la respectiva Declaración de Asegurabilidad Productos de Salud unificada, debidamente diligenciada y firmada por el tomador y en lo posible fotocopia de la constancia de afiliación actualizada a la EPS.

4. Toda inclusión de asegurados de las pólizas colectivas de salud diferentes a Davivienda o filiales, se realizará en lo posible a través del formato Solicitud de Servicio, (forma PH-125), y debe estar acompañado de la respectiva Declaración de Asegurabilidad Unificada, debidamente diligenciada y firmada por el tomador y en lo posible fotocopia de la constancia de afiliación actualizada a la EPS.

5. Para cambio de razón social (empresa tomadora o NIT), se debe adjuntar certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio.

6. Las novedades como inclusión, exclusión de asegurados, debe ser informada por parte del cliente e intermediario a La Compañía dentro de las fechas de corte técnico definidas y acordadas con el cliente y teniendo en cuenta método de facturación anticipada o vencida.

7. Los cambios de clave solo serán permitidos en la renovación de la póliza.

8. Las inclusiones de los recién nacidos de un parto cubierto por la póliza, deben realizarse durante el primer mes de su nacimiento y el cobro de la prima correspondiente, se hará a partir de la fecha de nacimiento o a partir de la renovación de la póliza colectiva según se haya definido en las condiciones de cada póliza colectiva.

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

1. El mínimo de asegurados para renovar una póliza colectiva de salud nacional debe ser en lo posible 20 empleados o asegurados principales, salvo los casos autorizados por la línea de Negocio de Salud.
2. Para efectos de renovar la póliza la empresa tomadora debe contar con el SARLAFT actualizado.
3. Los amparos adicionales que contrate la empresa tomadora, serán los mismos que deberán tomar todos los empleados que se aseguren.
4. Se presentará por parte de la Línea de Negocio de Salud de manera anual y en forma anticipada las condiciones de renovación.
5. Las tarifas de renovación deben ser actualizadas en el sistema Simón, de acuerdo con las primas y valores asegurados definidos por la Línea de Negocio. Estas primas deben ser cargadas en la tabla de primas de la póliza principal, actualizando la fecha y dando de baja las anteriores, por parte del área de Operaciones Salud.

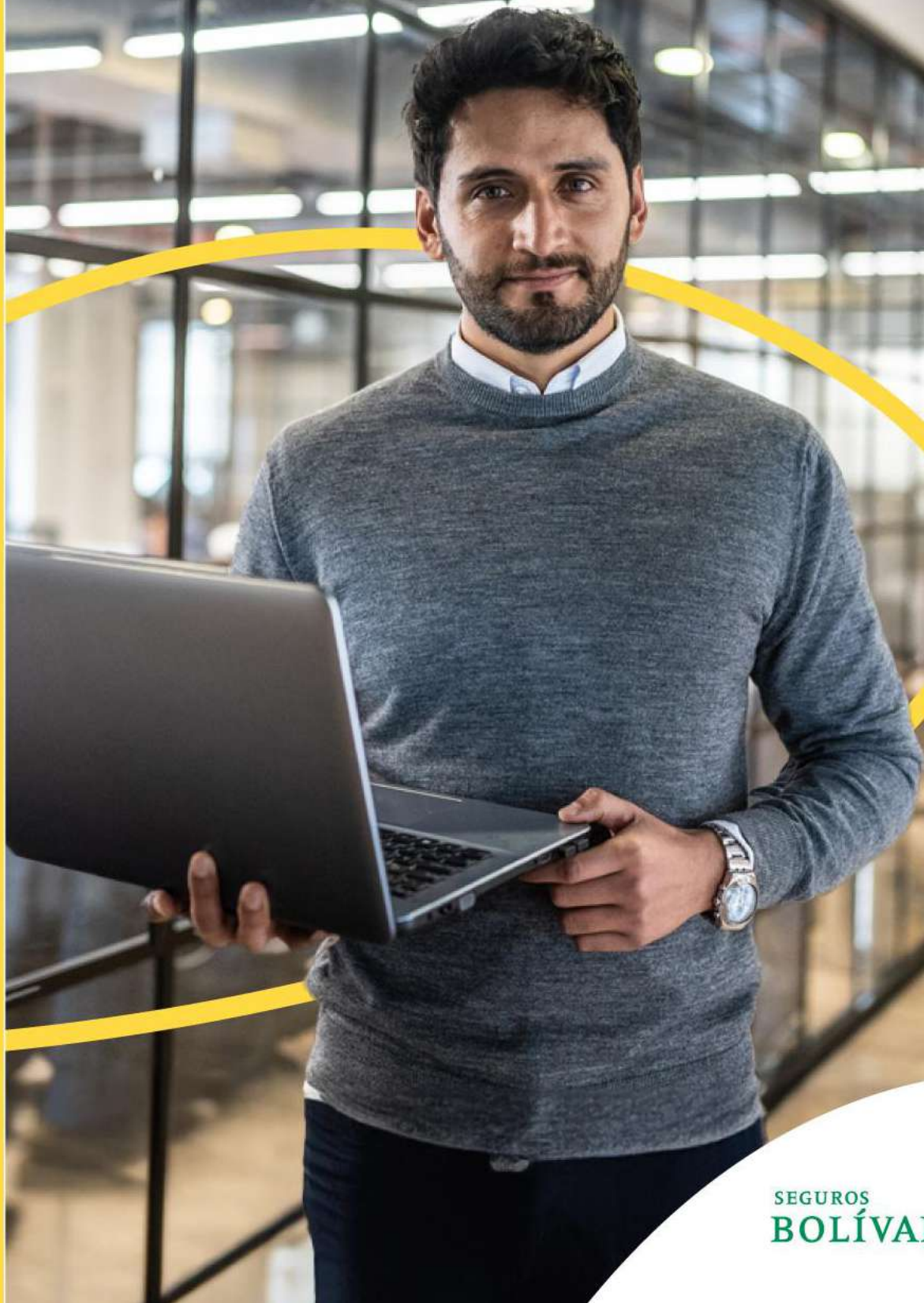
POLÍTICAS DE CONVERSIÓN

1. Las conversiones de una colectiva de salud a una póliza individual, en lo posible se efectuarán al momento del retiro del grupo familiar asegurado de la póliza colectiva de salud.
2. La conversión de una colectiva de salud nacional a una póliza individual de salud, debe corresponder al mismo grupo familiar que viene asegurado, evitando la anti selección de riesgos. Se exceptúa la conversión de hijos que son excluidos de la colectiva de Salud nacional por edad de permanencia.

Adicionalmente, estas conversiones deben corresponder únicamente a aquellos casos, en los que el empleado se retira de la empresa donde trabaja o que por alguna razón específica la empresa defina que determinados parentescos no hacen parte del beneficio de la colectiva de salud nacional, (progenitores, recién nacidos, etc).

3. Para la conversión de un empleado y su grupo familiar de colectiva de salud nacional a póliza individual de salud, en lo posible deben adjuntar documento de la empresa donde conste o certifiquen el retiro del empleado de la empresa.
4. Cuando la conversión sea a un producto individual nacional de mayor cobertura debe ser evaluado por el área médica diligenciando la correspondiente declaración de asegurabilidad.
5. Aplica conversión de salud colectiva nacional a salud individual únicamente en aquellas empresas en las que esté permitida la conversión.
6. Para todas aquellas solicitudes de conversión de colectivas de salud CAUTIVAS o colectivas de salud con condiciones especiales en cuanto a coberturas, preexistencias, etc, a póliza individual de salud, la conversión queda sujeta a evaluación médica con declaración de asegurabilidad actualizada.
7. Para aquellas colectivas de salud con condiciones especiales de cobertura de preexistencias, que no requieren valoración médica de suscripción, no se permite la conversión automática a un producto de salud individual, siendo necesario que se diligencie la solicitud de seguro individual, declaración de asegurabilidad actualizada para la respectiva evaluación médica. Igual situación aplica para aquellas colectivas de salud con planes básicos de cobertura en cuanto a valores asegurados limitados (ejm Plan básico de Colsubsidio, Rappi, Fenalco, DHL, CAFAM, etc).
8. Para la conversión a productos individuales de Salud no aplican descuentos comerciales.

2.0 SALUD COLECTIVA PLANES LIVIANOS



SEGUROS
BOLÍVAR



POLÍTICAS DE COTIZACIÓN

Los planes livianos no se cotizan, se encuentran predeterminados en valores asegurados y primas según la opción escogida.

Las tarifas, valores asegurados y deducibles serán actualizados el 01 de agosto de cada anualidad.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

1. **Grupo asegurable:** Siempre debe estar el asegurado titular que corresponde al empleado. La empresa define si se permite incluir cónyuge, hijos, progenitor.
2. Para emitir una póliza principal, se debe crear consecutivo al área de Operaciones Salud adjuntando, la carta del tomador (empresa), informando la opción de plan liviano a tomar e indicando la vigencia, clave del intermediario, tipo de facturación (vencida o anticipada); así mismo deben enviar el certificado de Cámara y Comercio de la empresa, listado de asegurados (archivo previamente definido en formato excel) y SARLAFT simplificado actualizado.
3. El número mínimo de asegurados para suscribir una póliza colectiva de salud nacional plan liviano, debe ser 5 empleados principales.
4. La edad máxima de aceptación de acuerdo al plan es de:
 - PLAN 1 y PLAN 2:** Sin límite de edad
 - PLAN 3:** Hasta los 60 años
5. No se requiere evaluación médica
6. Los períodos de facturación permitidos son anual, semestral y mensual.
7. Conforme con lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998 es obligatorio que el grupo asegurable a suscribir la póliza de salud se encuentre afiliado a una E.P.S., bajo el régimen contributivo, siendo necesario que en lo posible adjunten constancia actualizada de dicha afiliación.
8. El área de Operaciones Salud tiene a cargo el cargue de valores asegurados, primas, condiciones particulares (póliza principal). De igual forma, tendrá a cargo la emisión de la carátula, condiciones generales y particulares para entregar al cliente.

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

1. Para cambio de razón social (empresa tomadora o NIT), se debe adjuntar certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio.
2. Las novedades como inclusión, exclusión de asegurados, debe ser informada por parte del cliente e intermediario a la Compañía dentro de las fechas de corte técnico definidas y acordadas con el cliente y teniendo en cuenta método de facturación anticipada o vencida.
3. Los cambios de clave solo serán permitidos en la renovación de la póliza.
4. El mínimo de asegurados para renovar una póliza colectiva de salud nacional debe ser en lo posible 5 empleados o asegurados principales, salvo los casos autorizados por la línea de Negocio de Salud
5. Los cambios de opción solo serán permitidos en la renovación.

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

1. Todos los años a partir del 01 de agosto se realizará el cambio de tarifas por parte de la Línea de Negocio
2. El área de Operaciones Salud tiene a cargo el cargue de valores asegurados, primas, condiciones particulares (póliza principal). De igual forma, tendrá a cargo la renovación de la carátula, condiciones generales y particulares para entregar al cliente.
3. El área de Operaciones Salud debe recibir en lo posible y a más tardar el 25 de cada mes la orden de renovación de las pólizas colectivas de salud planes livianos que venzan el primero del mes siguiente, indicar el plan a renovar.

3.0 SALUD CORPORATE INTERNACIONAL



SEGUROS
BOLÍVAR



POLÍTICAS DE COTIZACIÓN

1. Para presentar una cotización de Salud Corporate Internacional, debe existir un Tomador (empresa), que contrata un plan para sus empleados, (relación empleador - empleado). Aquellos colectivos donde no exista un vínculo laboral y que sean formados para la obtención de seguro de salud, no se considerarán bajo estos parámetros; generalmente van a ser rechazados y se revisarán como alguna excepción, caso a caso, para prima relevantes, (por ejemplo: asociaciones, consorcios, junta directiva, etc.).
2. Información mínima requerida para cotizar:
 1. Nombre empresa
 2. Tipo de industria o actividad
 3. % de contribución del empleador
 4. Listado de asegurados o edades o fechas de nacimiento del grupo asegurable
 5. Parentesco (empleado y dependientes familiares)
 6. Ubicación geográfica.
 7. Producto y deducible actual, si aplica.
 8. Producto y deducible a cotizar.
 9. Período de facturación
 10. Siniestralidad y primas de los últimos 3 años
 11. Eventos médicos en curso
 12. Eventos de alto costo
 13. Número de años con la actual aseguradora
3. El número mínimo de empleados para cotizar, es de 10 bajo el mismo plan.
4. Para empresas familiares entre 5 y menos de 10 titulares (Business Family), aplica:
 - Se cotiza salud individual internacional
 - Comisión 10% y descuento comercial en la prima del 10%
 - Descuento comercial adicional del 10%
 - Pago de prima anual

Empresas familiares con 10 o mas titulares, se cotizará seguro Corporate.
5. En el caso de que exista prospecto donde no se conozca con certeza del tipo de visa americana y el tiempo de la misma, se incluirá en la cotización, como en el resto de las condiciones, la siguiente condición y/o restricción del punto antes mencionado:
 1. Esta cotización tiene carácter meramente informativo y no es vinculante. Por lo que se presenta solo para fines informativos y en ningún momento genera consentimiento ni compromiso legal, que otorgue cobertura de seguro.
 2. Seguros Bolívar y Bupa realizarán una evaluación del censo, para verificar el cumplimiento de las reglas de nacionalidad, residencia y domicilio establecidos, así como la viabilidad de la emisión de la póliza.

NOTA: Para las personas que residen permanentemente en EEUU, no se cotizarán ni emitirán pólizas de Salud Corporate Internacional.
6. Validez de las cotizaciones 60 días.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

1. Tomador: Debe corresponder a la empresa como persona jurídica y esta debe ser una entidad legalmente constituida.
2. Empleados de tiempo completo de acuerdo con las normas legales en cuanto a horas trabajadas por semana y que han cumplido con los requisitos de elegibilidad y los criterios de evaluación de suscripción médica, si corresponde.
3. Debe existir subsidio de prima por parte de la empresa, en lo posible como mínimo el 30% a sus empleados.
4. El número mínimo de empleados para conformar un seguro de Salud Corporate Internacional, debe corresponder a 10 empleados bajo el mismo plan.
5. Una empresa puede contratar varios planes, siempre y cuando en cada plan exista un mínimo de acuerdo con la siguiente tabla:
 - a. El número de opciones de deducible por empresa deberá estar compuesto de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN	# MÍNIMO DE TITULARES	# MÁXIMO DE OPCIONES DE DEDUCIBLE
Pequeños	10	1
Medianos	25	2
Grandes	50	4

- b. El número de productos por empresa deberá estar compuesto de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN	# MÍNIMO DE TITULARES	# MÍNIMO DE OPCIONES DE DEDUCIBLE
Pequeños	10	1
Medianos	25	2
Grandes	50	3

6. El seguro de Salud Corporate Internacional va dirigido únicamente para residentes colombianos, de acuerdo a la definición del clausulado.
En caso de que no se cumpla con esta condición, se suspenderá la cobertura en el extranjero hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza. Esta cobertura se reactivará una vez que renueve la nueva vigencia, en tanto cumpla con la condición de residencia.
El seguro de Salud Corporate Internacional, no aplica y no puede ser emitido para personas que estén residiendo permanentemente en los Estados Unidos de América.
7. En los casos en los que se cierra el negocio y en el momento de emitir exista cambio en la información original del grupo asegurable cotizado y este sea del más o menos 10%, se realizará un nuevo estudio y una nueva cotización.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

8. No aplica edad máxima de aceptación; sin embargo, para aquellas empresas con un grupo asegurable con edad promedio mayor o igual a 55 años resultante del cálculo de los titulares (empleados) y los cónyuges, no será viable presentar cotización.

9. No aplica edad máxima de permanencia para hijos. Depende de la política de cada empresa.

10. Grupo asegurable permitido:

- Asegurado principal (funcionario) Es la persona vinculada con contrato de trabajo u otro vínculo con el Tomador previamente conocido y aceptado por SEGUROS BOLÍVAR.
- Familiares dependientes sin límite de edad a menos que se estipule lo contrario.

Se entiende por familiares dependientes:

- Si el asegurado principal es casado: el (la) cónyuge o compañero (a) permanente, registrado como tal ante la entidad tomadora, y los hijos solteros hasta el día en que cumplan veinticinco (25) años, siempre y cuando conserven hasta esa edad el estado civil de solteros.

Nota: Sin embargo, para hijos, la edad de permanencia en la póliza colectiva de salud será de acuerdo con la política de elegibilidad de cada empresa.

- En los casos que la edad límite se cumpla en el transcurso de la vigencia, la exclusión automática se producirá al término de dicha vigencia sin necesidad de mediar aviso previo. La emisión de una nueva póliza debe ser con un deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior.

- Si el asegurado principal es soltero: sus padres, siempre y cuando estos dependan económicamente de él y siempre que el grupo asegurado sea mayor o igual a 50 titulares.

11. No se permiten pólizas para asegurar únicamente menores de edad. Debe estar incluidos los padres, (empleado y dependientes familiares).

12. Para todo nuevo negocio correspondiente a los productos de salud internacionales corporativos, se debe diligenciar:

- Solicitud de seguro de salud forma PH-204
- Declaración de asegurabilidad Simplificada
- Los formatos según antecedentes médicos, (igual que salud individual internacional).

13. Un nuevo empleado y sus dependientes familiares, pasan a ser elegibles para la cobertura, cuando sea solicitado por la empresa (Tomador), al cumplirse las siguientes condiciones:

- Nuevo empleado Promoción
- Cambio en el estado civil
- Nuevos hijos
- Deben cumplir además con los criterios de evaluación de suscripción médica, si corresponde.

Se debe diligenciar:

- Solicitud de seguro (forma PH-204)
- Declaración de Asegurabilidad Simplificada
- Constancia de EPS Activa.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

Si el empleado ya viene asegurado y desea incluir dependientes familiares, se requiere:

- Hoja de servicio, (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para productos individuales y colectivos de salud (forma PH-125)
- Declaración de Asegurabilidad Simplificada
- Constancia de EPS Activa.

Nota: Para la inclusión de recién nacidos de un embarazo cubierto por la póliza no se requiere declaración de asegurabilidad, únicamente la hoja de servicio y registro civil de nacimiento o constancia de nacido vivo expedido por la clínica. Lo anterior, siempre y cuando se tramite la inclusión dentro de los 60 días siguientes al nacimiento.

- 14. Ingresos parciales:** Si alguno de los solicitantes de la póliza es un riesgo no asegurable o debe cumplir con requisitos adicionales, se devolverá consecutivo a comercial, para que confirme si se debe realizar ingreso parcial o frenar la inclusión de todo el grupo familiar.
- 15.** Conforme con lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, es obligatorio que el grupo asegurable que va a suscribir la póliza de salud se encuentre afiliado a una E.P.S., **bajo el régimen contributivo** siendo necesario la constancia de dicha afiliación.
- 16.** La vigencia del seguro debe ser de 12 meses. La facturación puede ser: anual, semestral o mensual.
- 17.** La prima de todo nuevo negocio o renovación, debe ser recaudada dentro de los primeros 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- 18.** Para nuevas colectivas de Salud Corporate Internacional, que no provengan de otros contratos de seguros de salud o contratos de medicina prepagada, se realizará evaluación médica de cada grupo asegurable para definir condiciones de aceptación.

Se debe diligenciar:

- Solicitud de seguro (forma PH-204)
- Declaración de Asegurabilidad Simplificada
- Constancia de EPS Activa.

- 19.** Para nuevas colectivas de Salud Corporate Internacional, provenientes de otros contratos de seguro de salud internacional, con coberturas y valores asegurados similares, se otorgará antigüedad y continuidad, previo análisis de la siniestralidad y eventos médicos de alto costo y documentos para estudio, (cert. de antigüedad, preexistencias y utilizaciones). En pólizas con siniestralidad mayor al 50% se requiere evaluación médica, y es necesario que cada grupo familiar diligencie:

- Solicitud de seguro (forma PH-204)
- Declaración de Asegurabilidad Simplificada
- Constancia de EPS Activa.
- Se levantan períodos de carencia.

Nota: Para personas con edad \geq a 70 años, se realizará evaluación médica individual con los correspondientes documentos diligenciados.

POLÍTICAS DE EMISIÓN

En ningún caso se otorgará continuidad a los diagnósticos indicados a continuación:

- Cirrosis hepática
- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes tipo 2 con complicaciones en otros órganos
- Distrofia muscular
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Esclerosis múltiple
- Fibrosis quística
- Insuficiencia renal crónica avanzada
- Lupus eritematoso sistémico
- Miastenia gravis
- Mieloma múltiple
- Obesidad mórbida
- Pancreatitis crónica
- Desórdenes cardiovasculares incluyendo ataque cardiaco, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, etc.
- Anomalías/malformaciones congénitas.
- Algún tipo de cáncer incluyendo tumores cerebrales benignos, tumores malignos en tratamiento y/o metástasis.

- 20.** Para nuevas pólizas de Salud Corporate Internacional, provenientes de otros contratos de seguro de salud local o contratos de medicina prepagada, se otorgará antigüedad y continuidad únicamente para Colombia y previo análisis de la siniestralidad y eventos médicos de alto costo y documentos para estudio. (cert. de antigüedad, preexistencias y utilidades).

Condición de Continuidad – Grupos a partir del censo inicial de 25 titulares o más, debe ser consultados con nuestro reasegurador.

Cuando se tiene detalle siniestral con diagnóstico, perfil de riesgo es interesante basado en parámetros de riesgo (industria, no asociación, entre otros.) y que el grupo cuente con un producto internacional actual que sea similar al solicitado; se evaluará la opción de continuidad local e internacional.

Cuando se tiene detalle siniestral sin diagnóstico, perfil de riesgo es interesante basado en parámetros de riesgo (industria, no asociación, entre otros.) y que el grupo cuente con un producto internacional actual sea similar al solicitado >>> Se aplica lo siguiente:

Para el Censo inicial, se otorga la continuidad de cobertura local y 12 meses de período de espera continuos desde la fecha de inicio de la póliza con Seguros Bolívar para cobertura internacional de cualquier condición pre-existente.

Partiendo de la definición que se encuentra en el condicionado:

Preexistencia: Enfermedad, malformación o afección ocurrida y originada y cuyos síntomas y/o signos clínicos se hayan manifestado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza o de la inclusión del ASEGURADO en la misma, independientemente de que su

POLÍTICAS DE EMISIÓN

diagnóstico se realice durante la ejecución del contrato.

Cuando no existe detalle de siniestralidad con diagnóstico y se desconoce el % de siniestralidad, se aplica evaluación médica para todo el grupo asegurable con

la respectiva declaración de asegurabilidad y solicitud de seguro.

Para Nuevos ingresos se aplicará evaluación médica con la respectiva declaración de asegurabilidad y solicitud de seguro.

Nota: -Se levantan períodos de carencia únicamente para Colombia.

Para personas con edad \geq a 70 años, se realizará evaluación médica individual con los correspondientes documentos diligenciados.

21. Para todo nuevo negocio de Salud Corporate Internacional, no proveniente de otra aseguradora o en el que soliciten dentro del grupo asegurable asegurar menores de un (1) año de edad, es obligatorio adjuntar la historia clínica del parto y la historia clínica de la pediatra relacionada con la evolución del bebé.
22. Los nombres de los nuevos productos de Salud Corporate Internacional son:
 - Corporate Essential
 - Care Corporate Select
 - Care Corporate Premier Care
23. Según valoración estadística y teniendo en cuenta características de selección, existe una serie de industrias / actividades, que están expuestas a riesgos altos, siendo necesario ser consultadas con nuestro reasegurador:
 - Minería y extracción, mineral o combustible. Industrias que manejen explosivos.
 - Manejo de desechos y materiales peligrosos.
 - Artistas profesionales, incluidos equipos deportivos, automovilismo profesional.
 - Tripulaciones de barcos y aviones.
 - Policías, fuerzas armadas o alguna otra profesión que esté en el área de seguridad y manejo de armas.
 - Industrias químicas que incluyen asbestos, explosivos y fibra de vidrio.
 - Servicios de Ambulancia.
 - Grupos políticos
 - Cualquier otra industria peligrosa inusual que no esté incluida en esta lista.
 - Asociaciones y sindicatos, en la mayoría de los casos no son asegurables.
24. En caso de que una empresa cambie de aseguradora en tres o más ocasiones durante los últimos 5 años, se declinará la presentación de cotización (excepto si la aseguradora ha salido del mercado asegurador).
25. La fecha de incremento de prima para los productos de Salud Corporate Internacional, será en cada renovación.

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

1. Inclusión de asegurados. Se podrán asegurar todas las personas que se vinculen a la entidad tomadora con posterioridad a la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a su vinculación, así como sus familiares dependientes, a través de solicitud de seguro y previa aceptación de Seguros Bolívar, conforme a las condiciones del respectivo seguro.
2. Si un asegurado principal en el momento de la inclusión en la póliza, no tuviere familiares dependientes pero llegara a tenerlos en el futuro, deberá solicitar la inclusión de estos en la póliza a más tardar un mes después de la fecha de su matrimonio, unión libre o el nacimiento de su hijo, según indique el clausulado.
3. Para la inclusión de recién nacidos de un embarazo cubierto por la póliza, no se requiere declaración de asegurabilidad. Únicamente la hoja de servicio y registro civil de nacimiento o constancia de nacido vivo expedido por la clínica. Lo anterior, siempre y cuando se tramite la inclusión dentro de los 60 días siguientes al nacimiento.

Inclusión de anexos, (Dental y/o Visión), se permiten en la renovación de póliza principal de Salud Corporate Internacional.

4. Cambio período de facturación, se permite en la renovación de la póliza principal de Salud Corporate Internacional.
5. Cambio de deducible se permite en la renovación de la póliza de Salud Corporate Internacional. Cuando implique disminución de deducible, requerirá evaluación médica.
6. Para toda solicitud de corrección de fecha de nacimiento, debe adjuntarse hoja de servicio (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para productos individuales y colectivos de salud (forma PH-125), y/o carta firmada por el tomador, además de la fotocopia del documento de identidad del asegurado a modificar.
7. En lo posible la fecha de inicio de vigencia del seguro colectivo de Salud Corporate Internacional, debe corresponder al 1 del mes, (con facturación anual, semestral o mensual). Se permite fecha de inicio de vigencia diferente al 1 del mes únicamente con facturación anual.

POLÍTICAS DE CONVERSIÓN

La opción de conversión a póliza individual, estará disponible para el asegurado titular (empleado) y sus dependientes.

Podrán optar por una póliza de salud individual internacional o de salud individual nacional.

Condiciones para conversión a producto individual internacional

Condiciones para conversión a producto individual internacional – Grupos a partir de 25 titulares o más, debe ser sometido al área de Group UW Bupa para su evaluación.

- a) La póliza colectiva de salud corporativo, debe estar activa en la fecha en la que el titular opte por la conversión.
- b) El asegurado deberá diligenciar la solicitud de seguro individual, dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación de su póliza dentro del corporativo.
- c) Dependientes se les puede ofrecer conversión solamente si el titular está incluido en la conversión. No aplica para dependientes solos.
- d) Todas las condiciones y/o exclusiones que hayan tenido en la cobertura del seguro colectivo se mantendrán en la póliza individual.
- e) La fecha de vigencia de la póliza individual será la fecha de la salida de la colectiva.
- f) Se debe demostrar que el ASEGURADO no mantiene relación laboral con el TOMADOR de la póliza.
- g) Aplica conversión al censo inicial sin evaluación médica siempre que haya estado al menos un período de 2 años en la póliza anterior con un producto internacional similar, para aquellas pólizas corporativas de salud internacional a las cuales se les convalidó continuidad local e internacional y de acuerdo con las siguientes condiciones:
 1. El asegurado se puede trasladar solamente a un plan de conversión igual o menor a los beneficios actuales del plan corporativo.
 2. El asegurado se puede trasladar solamente a un plan de conversión con deducible igual a mayor al deducible del plan actual del plan corporativo.

Nota: Para aquellos grupos menores a 25 titulares y en aquellas pólizas corporativas de salud internacional que no tienen continuidad de otros contratos de salud o solamente se convalidó la continuidad local, el asegurado debe cumplir con un mínimo en la póliza corporativa de 24 meses o más para poder aplicar conversión a producto internacional individual.

En caso de que el ASEGURADO desee un plan con deducible más bajo, deberá estar sujeto a suscripción médica individual.

Condiciones para conversión a producto individual nacional.

El asegurado debe diligenciar la solicitud de seguro del producto nacional. No requiere declaración de asegurabilidad. *Aplica para menores de 60 años de edad.

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

1. En lo posible las condiciones de renovación, serán presentadas al área comercial con cuarenta y cinco (45) días de antelación a su vencimiento.
2. Si la cantidad de asegurados principales, (empleados), al momento de la renovación más cercana es menor al mínimo requerido para ser considerado una póliza de Salud Corporate Internacional, se deberá cambiar a pólizas individuales (aplicando condiciones de conversión).