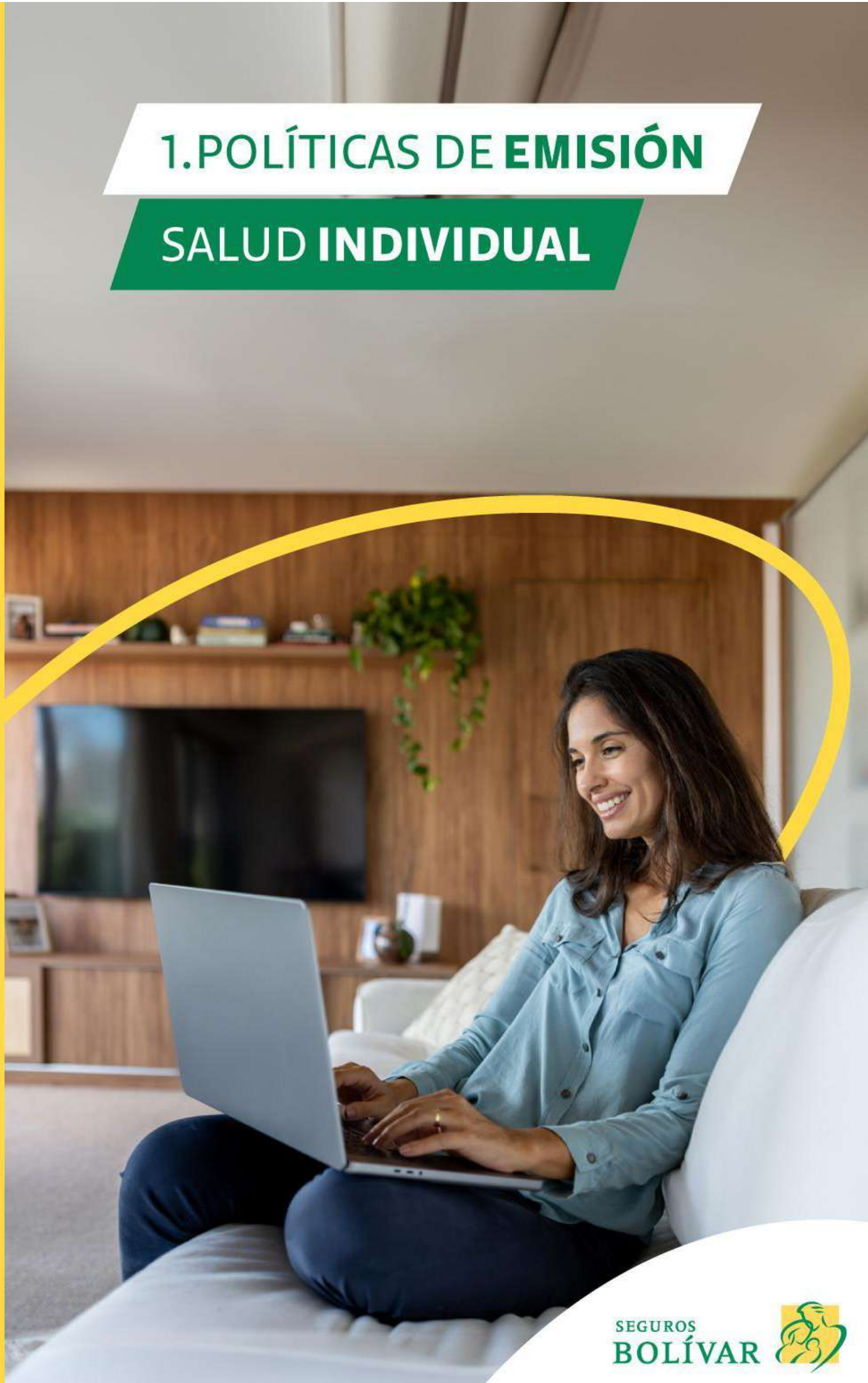




Políticas de suscripción / **SALUD**

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

SALUD INDIVIDUAL



1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

1. Se permiten pólizas en Bienestar y Salud para Disfrutar y Salud Integral con un solo asegurado bajo las siguientes condiciones:

- a. Menor de 45 años de edad sin vinculaciones, o
- b. Menor de 55 años de edad con vinculaciones (Vida, autos, hogar, seguros generales), o
- c. Menor de 55 años de edad sin vinculaciones con extra prima del 15%.

Nota: Si el tomador del seguro de Salud ya tiene contratada una póliza de salud con Seguros Bolívar, no se permite que se suscriba un nuevo negocio con un solo asegurado, siendo necesario que se efectúe inclusión de asegurado en la póliza ya existente. Lo anterior no aplica cuando el producto de salud a suscribir con un solo asegurado, es diferente al que se tiene.

2. La edad máxima de aceptación de clientes en nuevos negocios de Bienestar y Salud para Disfrutar es de 59 años y 364 días, siempre y cuando sean dos o más personas a asegurar bajo una misma póliza.
3. La edad máxima de aceptación de clientes en nuevos negocios de Salud Integral es de 60 años y 364 días, siempre y cuando sean dos o más personas a asegurar bajo una misma póliza.
4. Para los productos “Bienestar y Salud Para Disfrutar” una vez emitida la póliza, el cliente tomador es contactado por el grupo de Medicina Familiar para iniciar las actividades del programa. Una vez aceptadas las actividades por el asegurado, queda agendado para la realización de los exámenes de laboratorio, (si aplica) y la visita del médico familiar.
5. 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, que figura en la solicitud de seguro.
6. Para todo nuevo negocio de Salud individual, 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 del pediatra relacionado con la evolución del bebé.
Para asegurar menores de (4) años como riesgo único, en todos los casos se debe adjuntar historia clínica de pediatría de los últimos dos (2) años.
7. Para nuevos negocios 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.

De igual forma, para estos casos deben cumplir con:

- Número mínimo de asegurados antes del parto dos (2) personas, las cuales deben permanecer aseguradas como mínimo el primer año de vigencia de la póliza.
- La Periodicidad de pago de prima debe ser anual.
- Pagar la extra prima definida por la Compañía.

Nota: El valor de la extra prima, para otorgar cobertura a un embarazo en curso es de veinte millones de pesos mcte (\$20,000,000), antes de IVA. Este valor debe ser recaudado inmediatamente, no se permite diferir el pago.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

8. El descuento comercial del 10% que se otorga en pólizas de Salud individual para médicos de la Red de proveedores de Salud, aplica siempre y cuando el médico quien es el tomador de la póliza, se encuentre asegurado con su grupo familiar. Este descuento aplicará también para casos de médicos de la Red de proveedores que sean solteros.
9. Para toda emisión de nuevo negocio a través de Simón Ventas salud, se debe adjuntar al consecutivo de stellent o fil-net que asigna la herramienta, el Firma Cliente forma B-151 debidamente firmado por el tomador del seguro.
10. El cotizador de la herramienta Simón Ventas salud aplica únicamente para nuevos negocios de salud individual y no para cotizar prima para efectos de conversión de asegurados de colectiva a salud individual.
11. Si un funcionario asegurado bajo una póliza colectiva de salud desea tramitar nuevo negocio de salud individual y no conversión, debe adjuntar carta firmada donde conste que renuncia a la antigüedad y continuidad alcanzada bajo el seguro colectivo de salud.
12. La periodicidad de facturación y forma de pago permitida es:

PERÍODO DE FACTURACIÓN	FORMA DE PAGO
Anual	Caja de la Compañía que comprende: - Pagos en Línea con tarjeta de crédito, cuenta corriente y cuenta de ahorros. - Código de barras, con el que se realiza el pago en los bancos de convenio (Davivienda, Occidente y Bancolombia). - Financiaciones, (a través de la figura de Finanseguros). Débito automático
Semestral	Caja de la Compañía que comprende: - Pagos en Línea con tarjeta de crédito, cuenta corriente y cuenta de ahorros. - Código de barras, con el que se realiza el pago en los bancos de convenio (Davivienda, Occidente y Bancolombia). - Financiaciones, (a través de la figura de Finanseguros). Débito automático
Mensual	Débito automático

13. Se debe diligenciar la solicitud de seguro forma PH-078 para emisión nuevo negocio del producto Médica Familiar Bolívar.
14. Se debe diligenciar la solicitud de seguro forma PH-020, para la emisión de nuevos negocios de Salud Integral y Bienestar y Salud para Disfrutar

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

- 15.** La información que se registre en la solicitud de seguro, (dirección del domicilio, correo electrónico, teléfono etc, del tomador de la póliza), debe ser confiable ya que de esta depende la correcta georreferenciación, para poder asignar el médico confianza del grupo asegurado.
- 16.** No se permite la suscripción de nuevos negocios o conversiones correspondientes a los productos:
- Fórmula Médica
 - Amiga Bolívar
 - Medical Express
 - World Médica Bolívar
 - Salud Para Toda La Vida Bolívar y Salud Para Toda La Vida con cubrimiento en el Exterior, (a partir del 1 de diciembre de 2009 se reemplazan estos productos por los productos Bienestar y Salud Para Disfrutar y Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior).
 - Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior, (a partir del 1 de junio de 2013, se cierra la suscripción de nuevos negocios y conversión bajo este producto).
 - Universal Medical Care Plus y Advance, (a partir de febrero 15 de 2018). Lo anterior, teniendo en cuenta que los únicos productos de salud internacional a comercializar corresponden a los productos de la Alianza Seguros Bolívar-Bupa. (Casos especiales deben ser autorizados previamente por la jefatura técnica nacional de salud).

Nota:

- Para Médica Familiar Bolívar se permiten conversiones y nuevos negocios.
 - La aplicación de descuento, al convertir un producto de Salud Individual a Salud Integral, será potestativo de la evaluación técnica del negocio y la evaluación médica de cada caso.
 - La edad máxima de conversión de productos de Salud Internacional de la Alianza a productos nacionales es de 60 años excepto para aquellos asegurados que tengan antigüedad en productos internacionales de la alianza de cinco o más años.
 - En los demás productos internacionales se permite la conversión a productos nacionales para asegurados con edad mayor o igual a 60 años. Para aquellos asegurados que se encuentren bajo pólizas con deducible en dólares en Colombia o sin el anexo de Consulta Externa quedaran sujetos a evaluación médica.
- 17.** Para todo nuevo negocio proveniente de otra compañía aseguradora o contrato de medicina pre-pagada, 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 mayor a 30 días entre el contrato de Salud de la anterior Compañía de seguros o Medicina Pre pagada y la nueva póliza.
- 18.** Se permite conversión de cualquier producto de Salud individual o colectivo de Seguros Bolívar a los productos Bienestar y Salud para Disfrutar y Salud Integral, sin requerir análisis de los médicos suscriptores, siempre y cuando:
- a)** La póliza presente un pyg positivo acumulado con un I.S acumulado que no supere el 65%.
 - b)** Todos los amparos contratados. Ejm. en Amiga Bolívar deben venir con las coberturas básicas y anexo de Cáncer y Alto Costo.
- Nota: Para los casos que presenten pyg negativo o IS mayor al 65% el consecutivo del flujo de trabajo será enviado al escritorio médico suscriptor para su correspondiente análisis.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

19. A las pólizas que no se autorice conversión a Bienestar y Salud Para Disfrutar o Salud Integral, se le informará al director comercial que se permitirá conversión al producto Medica Familiar Bolívar individual.
20. Para asegurados mayores de 60 años de edad provenientes de productos antiguos de Salud individual (Fórmula Médica y Amiga Bolívar, con el amparo de alto costo y cáncer) o cualquier colectiva de Salud, solamente se permitirá conversión al producto Médica Familiar Bolívar. Deben diligenciar el anexo de conversión automática forma ph-079.
21. Para aquellas pólizas de productos antiguos que no vienen con los anexos de cáncer y alto costo contratados, se permitirá la conversión limitando la cobertura en Médica Familiar Bolívar, hasta el máximo valor asegurado que trae en su póliza actual, para aquellos eventos preexistentes o en curso a la fecha de conversión. De igual forma estos casos serán revisados por los médicos suscriptores.
22. Las conversiones en lo posible se efectuarán en la renovación de la póliza individual de salud o al momento del retiro del grupo familiar asegurado bajo una colectiva de Salud.
23. 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 antiselección 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, cuando 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).

Nota:

1. 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.
2. La conversión de colectiva de salud nacional a individual de salud debe corresponder a un producto con cobertura nacional y similar en coberturas al producto colectivo de salud.
3. Aplica conversión de salud colectiva nacional a salud individual únicamente en aquellas empresas que esté permitida la conversión.
4. Para todos los funcionarios de las pólizas colectivas que se retiran de la Compañía, se permite la conversión a uno de los productos de coberturas similares (Bienestar y Salud para Disfrutar, Médica Familiar y Salud Integral). Solamente aplica el 10% de descuento por grupo familiar (2 o más asegurados). Siempre y cuando se convierta existan dos o más asegurados bajo la misma póliza.
5. Si el asegurado viene de un plan de salud colectivo nacional, con restricción de clínicas, podrá convertirse a Salud Integral, diligenciando únicamente la solicitud de seguro. Si desea conversión a otro producto de salud individual, será necesaria también la declaración de asegurabilidad.
6. Los empleados de DHL, asegurados bajo el plan básico, deben diligenciar para el estudio de conversión, todos los formatos (solicitud de seguro, declaración de asegurabilidad).

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

7. Si el asegurado de la colectiva de salud nacional, viene de un plan sin restricción de clínicas, podrá convertirse a cualquiera de los 3 productos indicados, diligenciando únicamente la solicitud de seguro. No requiere declaración de asegurabilidad.
8. Los documentos para las conversiones podrán recibirse escaneados.
9. Para los casos de las pólizas colectivas de salud que traen como condición especial "Cobertura de preexistencias", (ejm: Adidas, Amazon), la conversión a póliza individual queda sujeta a evaluación médica. *No aplica conversión automática.
24. Las pólizas individuales de salud que vienen con extra prima permanente y solicitan conversión, se revisará médicamente si la extra prima se mantiene bajo el nuevo producto o si es posible revalorarla o eliminarla.
25. No se permite la inclusión del anexo de últimos gastos en conversiones a Medica Familiar Bolívar, de asegurados con edad mayor a 60 años. Lo anterior no aplica si la conversión proviene de Amiga Bolívar y en dicho seguro tienen contratado el anexo de últimos gastos.
26. Las condiciones particulares que tenía cada asegurado en la póliza anterior, se mantendrán en las mismas condiciones en la nueva póliza.
27. Las patologías que se hayan originado durante la vigencia de la póliza anterior, no serán preexistentes para la nueva póliza.
28. Los eventos preexistentes para la póliza anterior, serán también preexistentes para la nueva póliza.
29. No se permiten conversiones de productos individuales de salud nacional o salud colectiva nacional a Universal Medical Care, teniendo en cuenta que Universal Medical Care se cierra a partir del 15 de febrero de 2018. Casos especiales deberán ser autorizados previamente, por la Jefatura Técnica Nacional de Salud.
30. No se permiten conversiones de World Médica Bolívar a Universal Medical Care Plus o Advance.

Para la conversión de cualquier póliza de Salud individual o colectiva a la póliza Médica Familiar Bolívar se debe diligenciar:

PÓLIZA A CONVERTIR	SE DEBE DILIGENCIAR
- Tiene los amparos adicionales de Alto costo y Cáncer	- Solamente el anexo de conversión (forma PH-079).
- No tiene contratados los amparos adicionales de Alto costo y Cáncer	- Solicitud de seguro (forma PH-078), junto con la declaración de asegurabilidad, (forma PH-041 rediseño enero 2018).

31. Para la conversión de cualquier póliza de salud individual o colectiva al producto Bienestar y Salud Para Disfrutar o Salud Integral, se debe diligenciar la solicitud de seguro PH-020, respectivamente, declaración de asegurabilidad, forma PH-041 y constancia de afiliación a la EPS actualizada para cada asegurado.

1. POLÍTICAS DE EMISIÓN

32. Para la conversión de póliza individual Médica Familiar Bolívar que tenga contratado el anexo de Consulta Externa Familiar y no se haya agotado el disponible del valor asegurado, se abonará dicho valor al valor de la prima de la póliza Bienestar y Salud Para Disfrutar o Salud Integral.
33. 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 Bienestar y Salud para Disfrutar o Salud Integral, se debe diligenciar únicamente la solicitud de seguro de Bienestar y Salud para Disfrutar (Forma PH-124) o Solicitud de Seguro de Salud Integral Forma (PH-020), respectivamente y constancia de afiliación a la EPS. De no tener contratado el anexo de Consulta Externa Tradicional, es necesario adjuntar adicional a los documentos anteriores la declaración de asegurabilidad (Forma PH-041).
34. Se permite la conversión de pólizas de Bienestar y salud Para disfrutar al producto Salud Integral, diligenciando únicamente la solicitud de seguro salud Integral (Forma PH-020).
35. 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., siendo necesario la constancia de dicha afiliación.
36. En aquellos negocios que se suscriban con clave directa de la Compañía no aplicará ningún descuento comercial correspondiente a la comisión de intermediación. Salvo los casos autorizados por escrito por el Gerente de Bienestar o el Jefe Técnico Nacional de Salud.
37. La prima de todo nuevo negocio debe ser recaudada contra entrega de la póliza al cliente. Aquellos negocios nuevos no recaudados dentro de los primeros 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, serán cancelados por mora en el pago de la prima. Para estos casos no aplicará la rehabilitación de la póliza, siendo necesario diligenciar nuevamente todos los documentos de nuevo negocio.
38. Para pólizas en dólares de los productos Universal Medical Care Advance, Universal Medical Care Plus, World Médica Bolívar, no se ofrece el Anexo de Residentes en el Exterior.
39. La conversión se ofrecerá y efectuará una vez aceptada por el cliente, con vigencia correspondiente a la fecha de renovación de su póliza actual.
40. Las condiciones particulares, (exclusiones), que tenga cada uno de los asegurados en su póliza actual, se trasladarán a la nueva póliza.
41. El descuento del 10% por Grupo Familiar, aplica únicamente en pólizas con dos o más asegurados bajo el mismo contrato. No aplica en pólizas con un (1) solo asegurado, aun cuando el tomador tenga otra póliza de salud con la Compañía.

2. POLÍTICAS DE **MODIFICACIÓN** **SALUD INDIVIDUAL**



SEGUROS
BOLÍVAR



2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

1. La edad máxima de inclusión para nuevos asegurados es hasta 59 años y 364 días en el producto Bienestar y Salud para Disfrutar y de 60 años y 364 días en Salud Integral.
2. Para la inclusión de nuevos asegurados que vengan de otras compañías aseguradoras o contratos de medicina pre-pagada, 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).
3. Para todas las inclusiones de menores de un (1) año de edad dentro del grupo asegurado vigente es obligatorio adjuntar la historia clínica del parto y la historia clínica del pediatra relacionado con la evolución del bebé. Para inclusiones de menores de (4) años como riesgo único, en todos los casos se debe adjuntar historia clínica de pediatría de los últimos dos (2) años.
4. Para estudiar y convalidar la antigüedad de otra compañía de seguros o contrato de medicina pre-pagada, es importante que adjunten la certificación de antigüedad, pre-existencias y utilizaciones.

Nota:

- a) 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.
 - b) Para los nuevos productos de salud Internacional de la alianza Seguros Bolívar- Bupa, se otorgará antigüedad únicamente en el territorio nacional, previa evaluación médica.
5. Conforme a lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, es obligatorio que el grupo asegurable a incluir en la póliza de salud, se encuentre afiliado a una E.P.S., siendo necesario se adjunte constancia actualizada de dicha afiliación.
 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 y fotocopia del documento de identidad del asegurado a modificar.
 7. Para toda inclusión de asegurados debe diligenciarse hoja de servicio, (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para productos individuales y colectivos de salud (forma PH-125).
 8. Declaración de Asegurabilidad Productos de Salud, (forma PH-041), y fotocopia del carné de la EPS. Lo anterior no aplica para los recién nacidos, con embarazo cubierto por la póliza.
 9. La inclusión de amparos adicionales se permite únicamente en cada renovación y únicamente para los productos de salud individual vigentes.
 10. La inclusión del anexo de últimos gastos se permite únicamente para asegurados menores de 60 años.
 11. Se permiten conversiones entre productos de salud individual únicamente en la renovación de la póliza de salud. Excepto que esté autorizado por el Jefe Técnico Nacional de Salud.

Nota: A partir del 1 de diciembre de 2009 se modifica el nombre de los siguientes productos de salud individual:

- **Salud Para Toda La Vida Bolívar:** Se cambia por Bienestar y Salud para Disfrutar.
- **Salud Para Toda la Vida Bolívar con cubrimiento en el Exterior:**
- Se cambia por Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior.



2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

12. No se permiten las inclusiones de nuevos asegurados bajo los productos de Amiga Bolívar, Fórmula Médica, Medical Express, World Médica Bolívar, Universal Medical Care y Bienestar y Salud para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior, teniendo en cuenta que estos productos individuales fueron reemplazados por Médica Familiar Bolívar, Bienestar y Salud para Disfrutar, Salud Integral y los nuevos productos de la Alianza, exceptuando la inclusión de recién nacidos cuya cobertura de maternidad haya sido amparada por alguno de los productos anteriores.
13. Para el cambio de opción en las pólizas de World Médica Bolívar, Universal Medical Care Bolívar y Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior, en donde se disminuya el deducible, se debe adjuntar Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125), Declaración de Asegurabilidad (forma PH-041), firmados por el tomador y constancia de afiliación actualizada a la EPS de cada uno de los asegurados.
14. Para el cambio de la opción 1 del producto World Médica Bolívar a cualquier opción en las pólizas de mismo producto, se debe adjuntar Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125), Declaración de Asegurabilidad (forma PH-041), firmados por el tomador y constancia de afiliación actualizada a la EPS de cada uno de los asegurados.
15. Para cualquier cambio de opción de deducible (disminución), en los productos Universal Medical Care Bolívar y Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior, se debe adjuntar Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125), Declaración de Asegurabilidad (forma PH-041), firmados por el tomador y constancia de afiliación a la EPS actualizada, de cada uno de los asegurados.
16. Para todo cambio de periodicidad de pago debe adjuntarse Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y/o carta firmada por el tomador.
17. Para toda solicitud de cambio de tomador se requiere Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y/o carta firmada por el tomador entrante y saliente.
18. Para las correcciones y actualizaciones de datos personales se debe diligenciar Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectiva (forma PH-125) y/o carta firmada por el tomador.
19. Se efectuará estudio de rehabilitación para pólizas individuales que se encuentren canceladas por mora en el pago de la prima, 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.
20. Si la fecha de cancelación de la póliza no supera los 3 meses a la fecha de solicitud de la rehabilitación, se debe diligenciar únicamente Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y adjuntar fotocopia del carné o constancia de afiliación actualizada a la Entidad Promotora de Salud E.P.S., de cada uno de los asegurados.
21. Si la fecha de cancelación supera los 3 meses y es menor a los 6 meses, se debe diligenciar la Hoja de Servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y la Declaración de Asegurabilidad Productos de Salud (forma PH-041) y

2. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

adjuntar fotocopia del carné o constancia de afiliación actualizada a la Entidad Promotora de Salud E.P.S., de cada uno de los asegurados.

- 22. Para aquellas pólizas que se autorice la rehabilitación, no se permitirán modificaciones retroactivas a la fecha en que se emita dicha rehabilitación.
- 23. Se permite máximo hasta dos rehabilitaciones por vigencia. Casos excepcionales deben ser autorizados por el Jefe Técnico Nacional de Salud.
- 24. La aplicación de descuentos, para conversiones de producto donde implique disminución de prima, será potestativo de la evaluación técnica del negocio y la evaluación médica de cada caso.
- 25. En aquellos casos en los que el tomador solicite excluir riesgos jóvenes de la póliza de salud, dejando únicamente asegurados con edad avanzada o asegurados con enfermedades o tratamiento médicos de alto costo, Seguros Bolívar podrá establecer extra prima en la póliza, 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.

Nota:

A partir del 1 de diciembre de 2009 se modifica el nombre de los siguientes productos de salud individual:

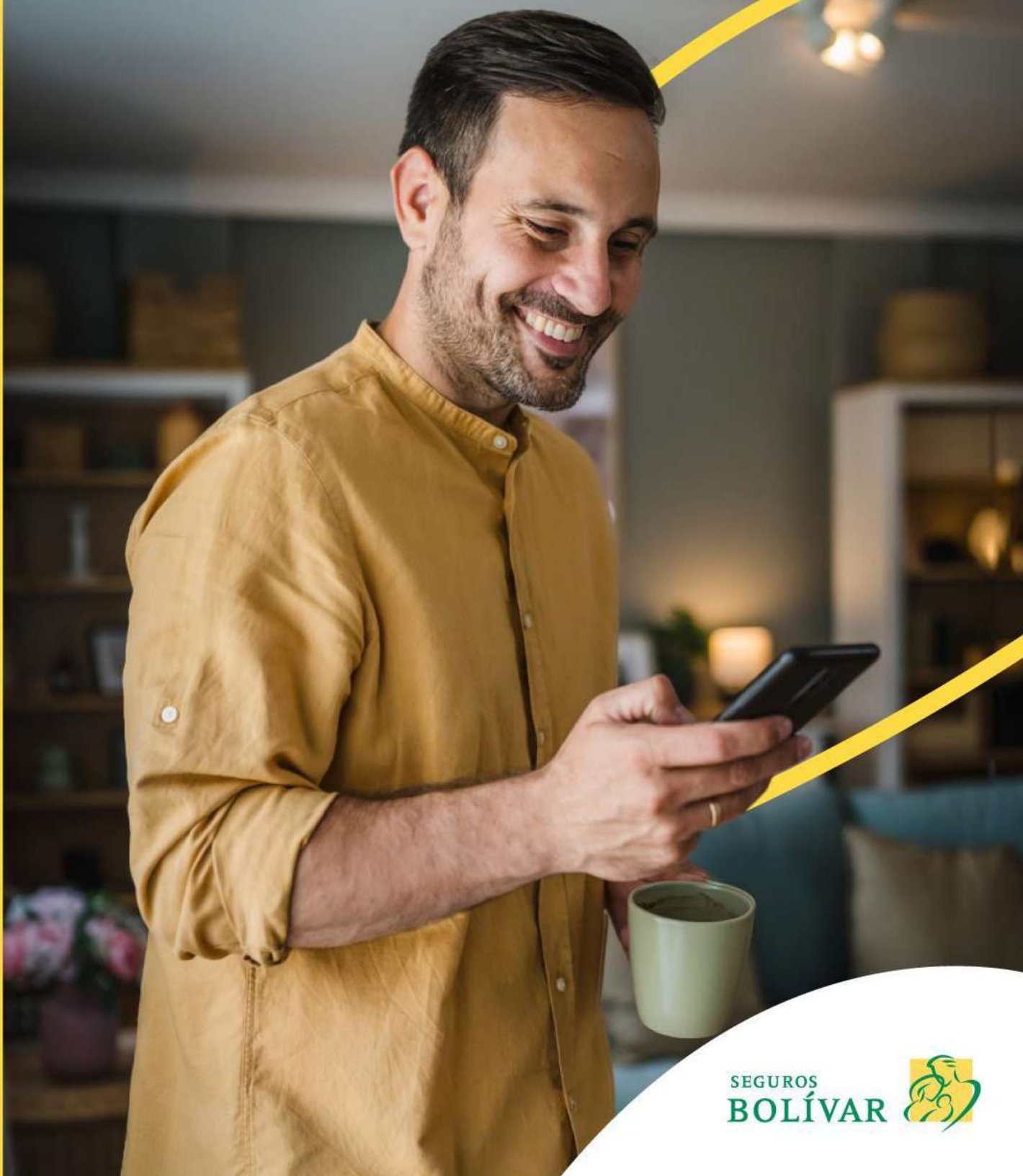
- **Salud Para Toda La Vida Bolívar:** Se cambia por Bienestar y Salud para Disfrutar
- **Salud Para Toda la Vida Bolívar con cubrimiento en el Exterior:**
Se cambia por Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior.

De igual forma, a partir del 1 de diciembre de 2009 las renovaciones de los productos de Salud Para Toda La vida Bolívar y Salud Para Toda La Vida Bolívar con cubrimiento en el Exterior, se generarán bajo el nombre de Bienestar y Salud para Disfrutar y Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior.

- 26. Para conversiones entre productos individuales no se mantendrán los descuentos comerciales.

3. POLÍTICAS DE **RENOVACIÓN**

SALUD INDIVIDUAL



SEGUROS
BOLÍVAR



3. POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

1. Las renovaciones de pólizas individuales serán generadas automáticamente y en forma anticipada cada mes por el departamento de Procesamiento de Datos.
2. La actualización en el sistema Simón de valores asegurados, primas y coberturas se efectuará en forma anual, en lo posible deben quedar cargadas en sistema Simón antes de las siguientes fechas.

PRODUCTO	FECHA
- Amiga Bolívar	- Mayo 1
- Fórmula Médica	- Junio 1
- Medical Express	- Junio 1
- World Médica Bolívar	- Mayo 1
- Médica Familia Bolívar	- Mayo 1
- Bienestar y Salud Para Disfrutar	- Mayo 1

PRODUCTO	FECHA
- Universal Medical Care Bolívar	- Mayo 1
- Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el exterior	- Mayo 1
- Medical Senior	- Mayo 1
- Da Renta por Hospitalización	- Mayo 1
- Essential Care	- Enero 28
- Global Select Health Plan	- Enero 28
- Global Premier Health Plan	- Enero 28
- Global Elite Health Plan	- Enero 28
- Global Ultimate Health Plan	- Enero 28
- Salud Integral	- Marzo 1

Notas:

- a) De no actualizarse las tarifas en el sistema Simón antes de las fechas indicadas anteriormente, el Jefe Técnico Nacional de Salud debe solicitar al departamento de Procedatos no ejecutar el proceso de renovación hasta tanto no se actualicen las tarifas.
- b) Una vez el asistente técnico nacional de salud carga las tarifas en el sistema Simón, debe realizar pruebas por rangos de edad, con el fin de verificar que las primas digitadas sean las correctas.

3. POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

- c) Cada vez que se actualicen valores asegurados y primas en el sistema Simón, se debe dar de baja los valores anteriores colocando la fecha de terminación de la vigencia. Así mismo, se debe indicar la fecha de las nuevas tarifas y valores asegurados.
- 3. Se permite efectuar las siguientes modificaciones únicamente en la renovación y dentro del primer mes de vigencia:

Inclusión amparos adicionales, según el producto:

- Consulta externa
- Últimos gastos

Cambio periodicidad de facturación.

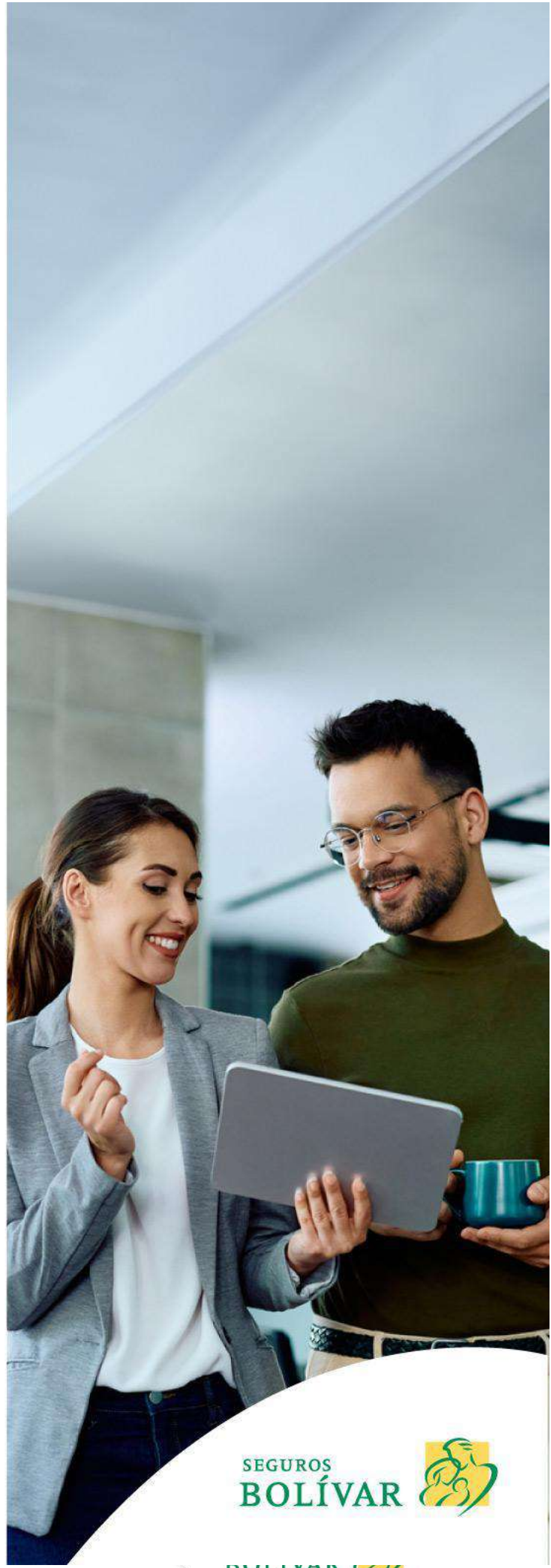
Cambio de opción deducible (World Médica Bolívar, Universal Medical Care Bolívar y Bienestar y Salud Para Disfrutar con cubrimiento en el Exterior).

- Cambio de opción Consulta Externa Familiar (Médica Familiar Bolívar).
- **Conversiones.**

Para cada renovación de las pólizas Amiga Bolívar, Fórmula Médica y Medical Express, que tengan contratado el anexo de Consulta Externa Integral, se entregará seis (6) autorizaciones de servicio por asegurado.

ALIANZA SEGUROS BOLÍVAR- BUPA

- Políticas De Emisión
- Políticas De Conversión
- Políticas De Modificación
- Políticas Renovación



SEGUROS
BOLÍVAR



4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL



4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

POLÍTICAS DE EMISIÓN.

1. 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, que figura en la solicitud de seguro.
2. A partir del 15 de febrero de 2018 solamente se permite comercializar productos internacionales de salud individual de la alianza Seguros Bolívar-Bupa.
Los productos internacionales de salud individual de la alianza, son:
 - Essential Care
 - Global Select Health Plan
 - Global Premier Health Plan
 - Global Elite Health Plan
 - Global Ultimate Health Plan
3. Edad de aceptación para los cinco (5) productos de salud individual internacional hasta 74 años y 364 días.
4. Grupo asegurable permitido: Asegurado Titular, cónyuge e hijos. Parentescos diferentes a estos deben conformar otro contrato de seguro de salud.
5. El seguro de salud individual internacional va dirigido únicamente para residentes colombianos de acuerdo con la definición del clausulado.
6. No se permiten pólizas para asegurar únicamente menores de edad. Deben estar incluidos los padres. (Núcleo familiar básico).
7. Para todo nuevo negocio de salud individual internacional, 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 del pediatra relacionado con la evolución del bebé.
8. Persona mayor o igual de 65 años de edad se debe adjuntar certificado médico.
9. Para todo nuevo negocio correspondiente a los productos internacionales de salud individual, se deben diligenciar los siguientes documentos:

		Cuando Aplica
Solicitud de seguro de salud	PH-062	Formato que debe ser diligenciado en forma completa para nuevos negocios y firmado por el tomador. Cuando el tomador es una persona jurídica en el ítem "Autorizado" debe indicarse el asegurado principal, para que este pueda tramitar los reembolsos.
Declaración de asegurabilidad (rediseño enero 2018)	PH-041	Formato que debe ser diligenciado en forma completa para nuevos negocios y firmado por el tomador. (El cliente debe contestar la declaración de asegurabilidad en nombre propio y el de su grupo familiar)
Certificado médico	PH-060	Si dentro del grupo asegurable se incluye una persona con edad igual o mayor de 65 años de edad, se debe diligenciar este formato, el cual debe ser firmado por el médico tratante. (Obligatorio)
Cuestionario de Asma y Enfermedades Pulmonares	PH-061	Si es afirmativa la pregunta No. 11. Enfermedades pulmonares de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio)

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

		Cuando Aplica
Cuestionario de Convulsiones	PH-063	Si es afirmativa la pregunta No. 10. Enfermedades neurológicas tales como: Epilepsia, Convulsiones de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).
Cuestionario de Desórdenes Gastrointestinales	PH-064	Si es afirmativa la pregunta No. 17. Trastornos Digestivos frecuentes y constantes y/o No. 16. Enfermedades del Hígado y del Aparato Digestivo, tales como de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).
Cuestionario de Desórdenes Psiquiátricos	PH-065	Si es afirmativa la pregunta del numeral 7, Con respecto a ¿Ha tenido Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: ¿esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros? de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).
Cuestionario de Diabetes y otros	PH-066	Si es afirmativa la pregunta No. 21. Enfermedades Endocrinas y del Metabolismo tales como: Diabetes de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).
Cuestionario de Enfermedades Cardíacas e Hipertensión	PH-067	Si es afirmativa la pregunta No. 13. Enfermedades del Corazón o de sus Válvulas tales como: de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).
Cuestionario de Enfermedades Tiroideas	PH-034	Si es afirmativa la pregunta No. 21. Enfermedades Endocrinas y del Metabolismo tales como: Diabetes (azúcar alta en la sangre o azúcar en la orina), Colesterol Alto o Triglicéridos Altos, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Bocio (Coto) o cualquier otra enfermedad de la Tiroides de la declaración de asegurabilidad, se debe diligenciar este cuestionario, el cual debe ser firmado por el tomador. (Obligatorio).

- 10.** Cobertura de Maternidad: la asegurada dependiente que no sea cónyuge y/o compañera permanente, deberá contratar de forma previa al nacimiento de su hijo, una póliza independiente donde sea la asegurada titular. Si la asegurada dependiente es menor de dieciocho (18) años, la tarifa a aplicar será la de dieciocho (18) años de edad.
- 11.** Cuestionarios médicos con respuestas afirmativas en la Declaración de Asegurabilidad, (enfermedades definidas: ver documentos anexos para suscripción y emisión, cuestionarios médicos), se deben adjuntar obligatoriamente a la solicitud de seguro.
- 12.** No aplican descuentos de grupo familiar o estrategia mayoría hombres.
- 13.** A partir del 6 de noviembre de 2018 se debe cotizar por la herramienta Simón Ventas, los productos de Salud Individual Internacional. Esta herramienta tendrá aplicabilidad únicamente para cotizar el seguro de salud individual internacional, sin incluir la captura de la declaración de asegurabilidad y emisión de la póliza. Este proceso continuará bajo el esquema tradicional conforme viene operando hoy en día.

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

Nota:

No se permite cotizar pólizas únicamente para menores de edad, excepto aquellos hijos de 15, 16 o 17 años que viajan al Exterior por motivos de estudio. En estos casos la tarifa para estos únicos asegurados corresponderá a 18 años. El tomador de la póliza debe ser uno de los padres.

En los productos Elite y Ultimate es posible asegurar un hijo por póliza, si son dos o más hijos debe emitirse una póliza para cada uno de ellos.

- 14.** A partir del 01 de julio de 2019 se evaluará la continuidad, (únicamente en el territorio colombiano), para las pólizas de salud individual internacional de la alianza Seguros Bolívar – Bupa, de las pólizas de salud y contratos de medicina pre-pagada con cobertura nacional.

Para ello se tendrá en cuenta:

- Adjuntar certificación de antigüedad, preexistencias y utilidades emitidas por la compañía anterior, (la fecha máxima de expedición de estos documentos, no debe ser mayor a 30 días).
- El grupo asegurable al cual se va a realizar el estudio de antigüedad y continuidad, debe corresponder al mismo que viene bajo el contrato de seguro de salud de la anterior compañía o contrato de medicina pre-pagada.
- No se permite discontinuidad en tiempo del contrato del seguro de salud o contrato de medicina pre-pagada anterior.
- No aplica para planes complementarios.
- De ser aceptada la continuidad y la antigüedad, solo aplicará para Colombia. Para ello se debe elaborar la condición particular que indica la antigüedad solamente para Colombia, la cual debe ser firmada por el tomador previamente a la expedición de la póliza.
- No se realizará el estudio de continuidad, de pólizas únicamente con asegurados mayores de 60 años, ni embarazos en curso.
- Se aplicarán los siguientes períodos de carencia, para tratamientos en curso:
 - Medicamentos y materiales de curación con receta médica 12 meses.
 - Medicamentos altamente especializados 12 meses.

Adicionalmente aplicarán los siguientes períodos de carencia de acuerdo con el producto así:

ESSENTIAL CARE		
COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Medicamentos y materiales de curación con receta médica (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
- Medicamentos altamente especializados (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
Adicionalmente, los periodos de carencia contenidos en el numeral 7.3 de la cláusula séptima de las condiciones generales de la póliza, se modifican, quedando los siguientes:		
EVENTO	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses	Exterior
- SIDA	12 meses	Exterior

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

GLOBAL SELECT		
COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Medicamentos y materiales de curación con receta médica (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
- Medicamentos altamente especializados (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
Estos periodos de carencia son adicionales a los contenidos en el numeral 7.3 de la cláusula séptima de las condiciones generales de la póliza, los cuales se listan a continuación y teniendo la presente condición particular, aplicarán de la siguiente forma:		
EVENTO	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses	Exterior
- SIDA	12 meses	Exterior
GLOBAL PREMIER		
COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Medicamentos y materiales de curación con receta médica (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
- Medicamentos altamente especializados (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
Estos periodos de carencia son adicionales a los contenidos en el numeral 7.3 de la cláusula séptima de las condiciones generales de la póliza, los cuales se listan a continuación y teniendo la presente condición particular, aplicarán de la siguiente forma:		
EVENTO	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses	Exterior
- SIDA	12 meses	Exterior
- Examen general de salud	10 meses	Colombia y Exterior
- Embarazo (incluido el tratamiento pre y post natal)	1 mes	Exterior
- Complicaciones del embarazo y parto	1 mes	Exterior
- Tratamiento dental	6 meses	Colombia y Exterior
- Examen dental preventivo	6 meses	Colombia y Exterior
- Restauración odontológica	12 meses	Colombia y Exterior

GLOBAL ELITE		
COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Medicamentos y materiales de curación con receta médica (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
- Medicamentos altamente especializados (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
Estos periodos de carencia son adicionales a los contenidos en el numeral 7.3 de la cláusula séptima de las condiciones generales de la póliza, los cuales se listan a continuación y teniendo la presente condición particular, aplicarán de la siguiente forma:		
EVENTO	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses	Exterior

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

- SIDA	12 meses	Exterior
- Examen general de salud	10 meses	Colombia y Exterior
- Embarazo (incluido el tratamiento pre y post natal)	1 mes	Exterior
- Complicaciones del embarazo y parto	1 mes	Exterior
- Tratamiento dental	6 meses	Colombia y Exterior
- Examen dental preventivo	6 meses	Colombia y Exterior
- Restauración odontológica	12 meses	Colombia y Exterior
- Ortodoncia no estética	12 meses	Colombia y Exterior

GLOBAL ULTIMATE		
COBERTURA	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Medicamentos y materiales de curación con receta médica (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
- Medicamentos altamente especializados (aplica para tratamientos en curso)	12 meses	Colombia y el exterior
Estos periodos de carencia son adicionales a los contenidos en el numeral 7.3 de la cláusula séptima de las condiciones generales de la póliza, los cuales se listan a continuación y teniendo la presente condición particular, aplicarán de la siguiente forma:		
EVENTO	PERIODO DE CARENCIA	TERRITORIO DONDE APLICA
- Tratamiento quirúrgico para obesidad	24 meses	Exterior
- SIDA	12 meses	Exterior
- Examen general de salud	10 meses	Colombia y Exterior
- Embarazo (incluido el tratamiento pre y post natal)	1 mes	Exterior
- Complicaciones del embarazo y parto	1 mes	Exterior
- Tratamiento dental	6 meses	Colombia y Exterior
- Examen dental preventivo	6 meses	Colombia y Exterior
- Restauración odontológica	12 meses	Colombia y Exterior
- Ortodoncia no estética	12 meses	Colombia y Exterior

NOTA:

Los negocios que sean emitidos con antigüedad de otros de salud con cobertura nacional de Seguros Bolívar, deben mantener la altura de la póliza de la que vienen. Cuando vienen de otras compañías de seguro, esto no aplica.

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

PERÍODO DE FACTURACIÓN	FORMA DE PAGO
Anual	Caja de la Compañía que comprende: - Pagos en Línea con tarjeta de crédito, cuenta corriente y cuenta de ahorros. - Código de barras, con el que se realiza el pago en los bancos de convenio (Davivienda, Occidente y Bancolombia). - Financiaciones, (a través de la figura de Finanseuros). Débito automático

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

Semestral	Caja de la Compañía que comprende: - Pagos en Línea con tarjeta de crédito, cuenta corriente y cuenta de ahorros. - Código de barras, con el que se realiza el pago en los bancos de convenio (Davivienda, Occidente y Bancolombia). - Financiaciones, (a través de la figura de Finanseguros). Débito automático
Mensual	Débito automático

- 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., siendo necesario la constancia de dicha afiliación.
- La prima de todo nuevo negocio debe ser recaudada contra entrega de la póliza al cliente. Aquellos negocios nuevos no recaudados dentro de los primeros 30 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, serán cancelados por mora en el pago de la prima. Para estos casos no aplicará la rehabilitación de la póliza, siendo necesario diligenciar nuevamente todos los documentos de nuevo negocio.

POLÍTICAS DE CONVERSIÓN.

- No se permiten cambios o conversión de un producto a otro dentro de la vigencia de la póliza. El estudio de conversión aplica únicamente en la renovación del seguro.
- La conversión voluntaria de los productos de salud internacional de Seguros Bolívar a los productos de salud individual internacional de la alianza, se llevará a cabo durante un período de dos años, contados a partir del primero (1) de diciembre de 2018.
- La conversión se ofrecerá y efectuará una vez aceptada por el cliente, con vigencia correspondiente a la fecha de renovación de su póliza actual.
- Para la conversión de una póliza de salud individual internacional, de otra póliza de la Compañía con cobertura internacional, se deben generar las condiciones particulares que traiga y deben ser firmadas por el tomador de la póliza como señal de aceptación.
- Las condiciones particulares, (exclusiones), que tenga cada uno de los asegurados en su póliza actual, se trasladarán a la nueva póliza.
Nota: Los documentos para las conversiones podrán recibirse escaneados.
- Los descuentos de clave directa se mantendrán para las conversiones a los productos de salud individual internacional de la Alianza.
- Cuando se emita un negocio de salud individual internacional de los productos de la alianza, de un asegurado que viene de una póliza de salud internacional de Seguros Bolívar, se debe mantener la clave del asesor de esta última o realizar el correspondiente trámite para el cambio de clave pertinente.

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

8. Para el estudio de conversión será necesario el diligenciamiento de la papelería según lo indicado en el ordinal 10 del capítulo II. Conversiones y los cuestionarios médicos indicados en el ordinal 8 del Capítulo I, Emisión, cuando apliquen.
9. Se aceptan estudios de conversión en forma anticipada a la renovación de la póliza, diligenciando los respectivos documentos.
10. Los siguientes son los productos de salud internacional de SEGUROS BOLÍVAR que se pueden convertir:

- Medical Express
- World Médica Bolívar
- Universal Medical Care Plus
- Universal Medical Care Advance
- Bienestar y Salud Para Disfrutar con Cubrimiento en el Exterior.

11. De acuerdo con las características de los Productos de salud individual internacional de la Alianza y los productos de salud internacional de Seguros Bolívar, se han definido dos (2) modalidades de conversión:

11.1.1. Conversión Especial.

Aplica únicamente cuando se convierte de los productos internacionales de Seguros Bolívar a Global Select Health Plan y Global Premier Health Plan y cuyo deducible sea similar, según cuadro del numeral 9.2 de este capítulo.

Este tipo de conversión requerirá el diligenciamiento de:

- La Solicitud de Seguro forma PH-062.
- Solicitud de conversión y declaración de asegurabilidad (Select) forma PH-037 o Solicitud de conversión y declaración de asegurabilidad (Premier) forma PH-134.
-

11.1.2. Conversión con Suscripción Médica.

Aplica únicamente cuando se convierte de los productos internacionales de Seguros Bolívar a productos de salud individual internacional diferentes a Global Select Health Plan y Global Premier Health Plan o deducibles que no son similares en estos dos últimos productos, con los productos de Seguros Bolívar. (Ver cuadro conversiones).

- Global Elite Health Plan
- Global Ultimate Health Plan
- Essential Care
- Aquellos casos en que el valor de los deducibles de los productos de salud internacional de Seguros Bolívar, no sean similares con el deducible de los productos Global Select Health Plan y Global Premier Health Plan.

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

a. Cuadro conversiones.

PRODUCTOS DE LA ALIANZA Y DEDUCIBLES											
Producto Seguros Bolívar	Deducible actual	BUPA PREMIER			BUPA SELECT				ESSENCIAL	ELITE	ULTIMATE
		0/2,000	0/5,000	0/10,000	0/2,000	0/5,000	0/10,000	0/20,000	Todos los deducibles		
UMC A1	0/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
UMC A2	2000/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
UMC A3	5000/5,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
UMC A4	10000/10,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
UMC A5	20000/20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Med Express	0/0	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
BYS 1	0/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
BYS 2	0/5,000	U	E	E	U	E	E	E	U	U	U
BYS 3	0/10,000	U	U	E	U	U	E	E	U	U	U
BYS 4	0/20,000	U	U	E	U	U	E	E	U	U	U
WWM 1	20000/20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
WWM 2	0/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
WWM 3	2000/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
WWM 4	5000/5,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
WWM 5	10000/10,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
WWM 6	20000/20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
UMC P1	0/2,000	E	E	E	E	E	E	E	U	U	U
UMC P2	0/5,000	U	E	E	U	E	E	E	U	U	U
UMC P3	0/10,000	U	U	E	U	U	E	E	U	U	U
UMC P4	0/20,000	U	U	E	U	U	E	E	U	U	U

U

Conversión con suscripción médica

E

Conversión Especial

Nota: Es importante que las pólizas de salud individual internacional emitidas como conversión, queden con la marca o dato variable en el sistema, para diferenciarlas en los reportes y contrato de reaseguro de los nuevos negocios.

12. Documentos y cuestionarios que deben ser diligenciados y/o suscritos para el proceso de conversión.

CUESTIONARIO/ DOCUMENTO	CARACTERÍSTICA
Solicitud de Seguro	Obligatorio para ambas clases de conversión. PH-062
Solicitud de Conversión y Declaración de Asegurabilidad	Obligatorio para la Conversión Especial PH-134 o PH-037
Declaración de Asegurabilidad	Obligatorio para la Conversión con Suscripción Médica PH-041

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

13. períodos de carencia.

Los siguientes serán los períodos de carencia aplicables para conversión de los productos del Portafolio Excluido a los Productos de la Alianza.

13.1. Global Select Health Plan (texto incluido en formulario de conversión y declaración de asegurabilidad para conversión especial).

COBERTURA	PERIODOS DE CARENCIA
Examen de salud general	10 meses
Medicamentos y materiales de curación con receta médica	12 meses
Medicamentos altamente especializados	12 meses

13.2. Global Premier Health Plan (texto incluido en formulario de conversión y declaración de asegurabilidad para conversión especial)

COBERTURA	PERIODOS DE CARENCIA
- SIDA	12 meses
- Examen general de salud	10 meses
- Tratamiento dental	6 meses
-Examen dental preventivo	6 meses
-Restauración odontológica	12 meses
-Ortodoncia no estética	12 meses
-Medicamentos y materiales de curación con receta médica	12 meses
-Medicamentos altamente especializados	12 meses

13.3. Global Elite Health Plan y Global Ultimate Health Plan, (si se autoriza conversión

a

uno de estos productos se debe elaborar condición particular para firma del cliente).

COBERTURA	PERIODOS DE CARENCIA
-SIDA	12 meses
-Examen general de salud	10 meses
-Embarazo (incluido el tratamiento pre y post natal)	1 mes
-Complicaciones del embarazo y parto	1 mes
-Tratamiento dental	6 meses
-Examen dental preventivo	6 meses
-Restauración odontológica	12 meses
-Ortodoncia no estética	12 meses
-Medicamentos y materiales de curación con receta Médica	12 meses
-Medicamentos altamente especializados	12 meses

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

- 13.4.** Essential Care, (si se autoriza conversión a este producto se debe elaborar condición particular para firma del cliente).

COBERTURA	PERIODOS DE CARENCIA
-Medicamentos y materiales de curación con receta médica	12 meses
-Medicamentos altamente especializados	12 meses

- 14.** Conversiones de productos de Salud Internacional de la alianza con Bupa a productos nacionales de Seguros Bolívar, se llevará a cabo siempre y cuando el asegurado tenga de edad menor o igual a 60 años.

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN.

1. Para los nuevos productos de salud individual internacional de la alianza Seguros Bolívar - Bupa, la edad máxima de inclusión es hasta los 74 años y 364 días.
2. Para todas las inclusiones de 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.
3. Conforme a lo dispuesto en el Artículo 20 del Decreto 806 de 1998, es obligatorio que el grupo asegurable a incluir en la póliza de salud, se encuentre afiliado a una E.P.S., siendo necesario se adjunte constancia actualizada de dicha afiliación.
4. 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 y fotocopia del documento de identidad del asegurado a modificar.
5. Para toda inclusión de asegurados debe diligenciarse 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 productos de salud, (forma PH-041 rediseño enero de 2018), y fotocopia del carné de la EPS. Lo anterior no aplica para los recién nacidos de un embarazo cubierto por la póliza.
6. Se permiten conversiones entre productos de salud individual únicamente en la renovación de la póliza de salud, excepto los autorizados por el Jefe Nacional de Línea de Negocio de la Gerencia de Bienestar.
7. Para cambios (disminución de deducible en los nuevos productos de salud individual internacional de la alianza, se debe adjuntar la hoja de servicio (Forma B-108), declaración de asegurabilidad (Forma PH-041 rediseño enero de 2018) y los cuestionarios médicos (cuando apliquen), los cuales se encuentran relacionados en el capítulo I. Políticas de emisión, numeral 9.
8. Para todo cambio de periodicidad de pago debe adjuntarse hoja de servicio (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125), y/o carta firmada por el tomador.

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

9. Para toda solicitud de cambio de tomador se requiere hoja de servicio (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125), y/o carta firmada por el tomador entrante y saliente.
10. Para las correcciones y actualizaciones de datos personales se debe diligenciar hoja de servicio (forma B-108), o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectiva (forma PH-125), y/o carta firmada por el tomador.
11. Se efectuará estudio de rehabilitación para pólizas individuales que se encuentren canceladas por mora en el pago de la prima, 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.
12. Si la fecha de cancelación de la póliza no supera los 3 meses a la fecha de solicitud de la rehabilitación, se debe diligenciar únicamente hoja de servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y adjuntar fotocopia del carné o constancia de afiliación actualizada a la Entidad Promotora de Salud E.P.S., de cada uno de los asegurados.
 - Para los productos de salud individual internacional de la alianza Seguros Bolívar-Bupa, se debe diligenciar formato declaración de buena salud, forma PH-070.
13. Si la fecha de cancelación supera los 3 meses y es menor a los 6 meses, se debe diligenciar la hoja de servicio (forma B-108) o la hoja de servicio unificada para salud individual y colectivas (forma PH-125) y la declaración de asegurabilidad productos de salud (forma PH-041 rediseño enero de 2018) y adjuntar fotocopia del carné o constancia de afiliación actualizada a la Entidad Promotora de Salud E.P.S., de cada uno de los asegurados.
14. Para aquellas pólizas que se autorice la rehabilitación, no se permitirán modificaciones retroactivas a la fecha en que se emita dicha rehabilitación.
15. Se permite máximo hasta dos rehabilitaciones por vigencia. Casos excepcionales deben ser autorizados por el Jefe de Línea de Negocio de la Gerencia Nacional de Salud y Vida.
16. Para los productos internacionales de salud individual de la alianza Seguros Bolívar-Bupa no aplica el descuento comercial por conversión.

4. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN.

1. Se permite efectuar las siguientes modificaciones únicamente en la renovación y dentro del primer mes de vigencia:
 - Cambio periodicidad de facturación
 - Cambio de opción deducible
 - Conversiones.
 - Conversiones entre productos internacionales de salud individual de la alianza Seguros Bolívar - Bupa.
2. Cambios de clave se deben tramitar con antelación al vencimiento del seguro de salud. Lo anterior para efectuar la correspondiente modificación de cambio de clave mediante el endoso "CAMBIO DE CLAVE A PARTIR DE LA RENOVACIÓN". De efectuarse dentro de la vigencia del seguro, se debe tener especial cuidado puesto que puede generar cambios en la comisión del intermediario saliente y entrante por la variación del TRM en estas pólizas que se emiten en dólares.