

POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

PRODUCTOS DE SALUD Y ACCIDENTES ESCOLARES



CONTENIDO

1

POLÍTICAS COTIZACIÓN PÓLIZA SALUD COLECTIVA NACIONAL

Página 3

2

POLÍTICAS DE EMISIÓN

- SALUD INDIVIDUAL
- ACCIDENTES ESCOLARES
- PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA

Página 3

3

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

- SALUD INDIVIDUAL
- ACCIDENTES ESCOLARES
- PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA

Página 13

4

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

- SALUD INDIVIDUAL
- ACCIDENTES ESCOLARES
- PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA

Página 18

5

SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

- POLÍTICAS DE EMISIÓN
- POLÍTICAS DE CONVERSIÓN
- POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN
- POLÍTICAS RENOVACIÓN

Página 22

6

SALUD CORPORATIVO INTERNACIONAL

- POLÍTICAS DE EMISIÓN
- POLÍTICAS DE CONVERSIÓN
- POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

Página 33



1

POLÍTICAS COTIZACIÓN PÓLIZA SALUD COLECTIVA NACIONAL

2

POLÍTICAS DE EMISIÓN

- SALUD INDIVIDUAL
- ACCIDENTES ESCOLARES
- PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA

SEGUROS
BOLÍVAR



1. POLÍTICAS COTIZACIÓN PÓLIZA SALUD COLECTIVA NACIONAL

1. En lo posible el número mínimo de asegurados para cotizar una póliza colectiva de salud nacional, debe ser de 30 empleados principales.
2. La empresa debe subsidiar parte de la prima del seguro.
3. No se cotizan pólizas colectivas de salud nacional, para fondos de empleados, cooperativas ni asociaciones o cuando no existe un subsidio importante de prima por parte de la empresa tomadora del seguro.
4. La solicitud de cotización debe venir acompañada por el listado de empleados con fechas de nacimiento y/o edades (y parentesco cuando hay beneficiarios).
5. Si la empresa tiene otro contrato de salud debe adjuntar la siniestralidad de 1 o 2 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 30 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 al Departamento Técnico Nacional de Salud, mediante correo electrónico, adjuntando la información requerida o el slip de cotización, cuando aplique.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

SALUD INDIVIDUAL

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 de aceptación de clientes en nuevos negocios de Salud Integral es de 59 años, 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 Bienestar y Salud para Disfrutar es de 60 años, siempre y cuando sean dos o más personas a asegurar bajo una misma póliza.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

SALUD INDIVIDUAL

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.

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 extraprima definida por la Compañía.

Nota: El valor de la extra prima, para otorgar cobertura a un embarazo en curso es de siete millones quinientos mil pesos mcte (\$7,500,000), antes de IVA. Este valor debe ser recaudado inmediatamente, no se permite diferir el pago.

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.

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:

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

Período de facturación	Forma de pago
Anual	Caja de la Compañía que comprende: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. Todo nuevo negocio del producto Bienestar y Salud para Disfrutar debe venir diligenciado en la forma PH-124. (Rediseño marzo de 2014).

15. Se debe diligenciar la solicitud de seguro forma PH-020, para la emisión de nuevos negocios de Salud Integral.

16. En la solicitud de seguro de Salud Integral PH-020, se debe indicar si se toma o no el Anexo Su Médico de Confianza, para cada uno de los asegurados que se relacionan.

17. El Anexo Su Médico de Confianza, inicialmente solo estará disponible para la ciudad de Cúcuta y Bogotá (No incluye Soacha).

18. 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.

19. A partir de Agosto 1 de 2.016 se permite la emisión de nuevos negocios de Salud individual a través de la web de Seguros Bolívar “Simón Ventas Salud”. A partir del 01 de mayo de 2019, se permite la emisión con esta misma herramienta, de los negocios de Salud Integral. Las políticas de emisión para este procedimiento corresponden a las mismas definidas para una emisión tradicional.

20. A partir del 1 de mayo de 2019, se permite la emisión de los negocios de Salud Integral, a través de la web de Seguros Bolívar “Simón Ventas Salud”. La firma por parte del tomador del seguro de las declaraciones de asegurabilidad, condiciones particulares, (si aplican), y firma-cliente será mediante firma electrónica. De no lograrse el proceso de firma electrónica, no será emitida la póliza de salud con esta herramienta, podrá generarse por emisión tradicional.

21. 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).

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

- 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 a partir del 1 de junio de 2014 se permiten conversiones y nuevos negocios.
- La edad máxima de conversión al producto Bienestar y Salud para Disfrutar es de 60 años.
- La edad máxima de conversión al producto Salud Integral, es de 60 años.
- Al convertir un producto de salud individual a Salud Integral, únicamente aplican los descuentos comerciales correspondientes a: Grupo familiar, estrategia mayoría hombres y médico de la red de proveedores.
- La edad máxima de conversión de productos de Salud Internacional a productos nacionales es de, 60 años.

22. 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 entre el contrato de Salud de la anterior Compañía de seguros o Medicina Pre pagada y la nueva póliza.

23. Se permite conversión de cualquier producto de Salud individual o colectivo de Seguros Bolívar a Bienestar y Salud para Disfrutar, sin requerir análisis de los médicos suscriptores, siempre y cuando:

- a. Corresponda a menores de 60 años de edad.
- b. La póliza presente un pyg positivo acumulado con un I.S acumulado que no supere el 65%.
- c. Todos los amparos contratados. Ejm. en Amiga Bolívar deben venir con las coberturas básicas y anexo de Cáncer y Alto Costo.

24. Se permite conversión a Salud Integral de cualquier producto de Salud individual o colectivo de Seguros Bolívar, sin requerir análisis de los médicos suscriptores, siempre y cuando:

- a. Corresponda a menores de 60 años de edad.
- b. La póliza presente un pyg positivo acumulado con un I.S acumulado que no supere el 65%.
- c. Todos los amparos contratados. Ejm. en Amiga Bolívar deben venir con las coberturas básicas y anexo de Cáncer y Alto Costo.

25. Si el grupo asegurable corresponde a menores de 60 años de edad, pero presenta un PYG negativo o un índice de siniestralidad mayor al 65%, el consecutivo del flujo de trabajo será enviado al escritorio del médico suscriptor para su correspondiente análisis.

26. 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.

27. 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.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

28. 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.

29. 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.

30. 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, 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. El descuento comercial que se otorga por conversión de colectiva de salud nacional a individual, aplica siempre y cuando se convierta el mismo grupo familiar que viene asegurado en la colectiva de salud nacional.

3. 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.

4. Aplica conversión de salud colectiva nacional a salud individual únicamente en aquellas empresas que esté permitida la conversión

5. Para los funcionarios de las pólizas colectivas de las siguientes empresas, 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): Seguros Bolívar, Davivienda y TGI.

- Para las conversiones de las pólizas colectivas de salud nacional, con clave directa, de las compañías relacionadas en el numeral anterior, se autorizan los siguientes descuentos:

- **Descuento comercial:** 20% para Médica Familiar y Bienestar y Salud para Disfrutar. 15% Salud Integral. (Para negocios nuevos que se emitan con clave directa).
- 10% de descuento por venir de una de las colectivas indicadas: - Si continúa el mismo grupo familiar, el descuento aplica para todos los integrantes. - Si no continúa el mismo grupo familiar, el descuento aplicará cuando los integrantes que se convierten sean menores de 60 años de edad y tengan una siniestralidad acumulada inferior al 70%. - Aplica cuando el tomador haga parte del grupo asegurado.
- 10% de descuento por grupo familiar (2 o más asegurados).
- 5% de descuento mayoría hombres, (aplica cuando la mayoría de asegurados sean hombres y la siniestralidad sea inferior al 70%).

6. Para los funcionarios de pólizas colectivas que tienen Corredor de Seguro, se permite la conversión a uno de los productos que tenga coberturas similares: Bienestar y Salud para Disfrutar, Médica Familiar o Salud Integral (con restricción de clínicas).

- Para las conversiones de estas colectivas, se autorizan los siguientes descuentos:

- **Descuento comercial:** 10% para Médica Familiar y Bienestar y Salud para Disfrutar. Comisión de intermediación al corredor de seguros 10%. 5% Salud Integral y comisión de intermediación al corredor de seguros 10%.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

Nota:

- a. Si existe cambio de intermediario no aplica descuento comercial.
 - b. Si viene con intermediario y quiere pasar a clave directa no aplica descuento comercial.
-
- **10% Descuento ex colectivos:** -Si continúa el mismo grupo familiar aplica el descuento para todo el grupo. -Si no continúa el mismo grupo familiar aplica cuando todos los usuarios del grupo son menores de 60 años y con una siniestralidad acumulada inferior al 70%. -Aplica siempre y cuando el tomador haga parte del grupo asegurado.
 - **10% Descuento grupo familiar** (2 o más asegurados). *No se permite descuento en pólizas con un solo asegurado. Casos excepcionales deben ser autorizados por el jefe técnico nacional de Salud.
 - **5% Descuento mayoría hombres** (aplica cuando la mayoría de asegurados sea hombres y la siniestralidad inferior al 70%).
 - **15% Salud Integral.** (Para negocios nuevos que se emitan con clave directa).
 - **10% de descuento por venir de una de las colectivas indicadas:** - Si continúa el mismo grupo familiar, el descuento aplica para todos los integrantes. – Si no continúa el mismo grupo familiar, el descuento aplicará cuando los integrantes que se convierten sean menores de 60 años de edad y tengan una siniestralidad acumulada inferior al 70%. – Aplica cuando el tomador haga parte del grupo asegurado.
 - **10% de descuento por grupo familiar** (2 o más asegurados).
 - **5% de descuento mayoría hombres,** (aplica cuando la mayoría de asegurados sean hombres y la siniestralidad sea inferior al 70%).

7. 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.

8. 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).

9. 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.

10. Los documentos para las conversiones podrán recibirse escaneados.

11. 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.

31. 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.

32. 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.

33. Las condiciones particulares que tenía cada asegurado en la póliza anterior, se mantendrán en las mismas condiciones en la nueva póliza.

34. Las patologías que se hayan originado durante la vigencia de la póliza anterior, no serán preexistentes para la nueva póliza.

35. Los eventos preexistentes para la póliza anterior, serán también preexistentes para la nueva póliza.

36. 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.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

37. No se permiten conversiones de World Médica Bolívar a Universal Medical Care Plus o Advance.

38. 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).

39. 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-124 o PH-020, respectivamente, declaración de asegurabilidad, forma PH-041 rediseño enero 2019 y constancia de afiliación a la EPS actualizada para cada asegurado.

40. 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.

41. 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 rediseño enero 2018).

42. Aplica edad máxima de conversión de 60 años para asegurados provenientes de cualquier producto de salud individual o colectiva de Seguros Bolívar al producto: Bienestar y Salud para Disfrutar o salud

43. Aplica edad máxima de conversión de 60 años para asegurados provenientes de cualquier producto de salud individual o colectiva de Seguros Bolívar al producto: Salud Integral.

44. 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).

45. 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.

46. 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.

Nota: El descuento comercial que se otorga por clave directa, corresponde únicamente a conversión de colectiva de salud nacional Médica Familiar (Familia Bolívar) a póliza individual.

47. 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.

48. 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.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

49. La conversión se ofrecerá y efectuará una vez aceptada por el cliente, con vigencia correspondiente a la fecha de renovación de su póliza actual.
50. Las condiciones particulares, (exclusiones), que tenga cada uno de los asegurados en su póliza actual, se trasladarán a la nueva póliza.
51. El descuento del 10% por Grupo Familiar, aplica únicamente en pólizas con dos o mas asegurados bajo el mismo contrato.No aplica en pólizas con un (1) solo asegurado, aún cuando el tomador tenga otra póliza de salud con la Compañía.

ACCIDENTES ESCOLARES

1. Para los productos Clase Feliz y Clase U no aplica edad máxima de ingreso. La edad mínima de ingreso es un (1) año, excepto casos que sean autorizados por la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares.
2. En lo posible el número mínimo de estudiantes para suscribir un nuevo negocio de Clase Feliz es de 30 estudiantes y para Clase U de 300 estudiantes, salvo los casos autorizados por la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares, o la prima correspondiente a los 30 alumnos, en el caso del producto Clase Feliz.
3. En lo posible el tomador de la póliza solo podrá tomar una única opción de valor asegurado para todos sus alumnos.
4. Se debe indicar en la solicitud de seguro si se efectuó en forma anticipada el descuento de bonificación de retorno al tomador. Si no se efectúa el descuento de la bonificación en el momento de la suscripción de la póliza, esta debe ser solicitada por el tomador mediante cuenta de cobro o factura, identificando en la cuenta de cobro si es persona natural con cédula, entidad sin ánimo de lucro, entidad gubernamental, distrital o departamental o instituciones dependientes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En la factura: entidad jurídica con Número de Identificación Tributaria (NIT), entidades con ánimo de lucro o entidades privadas o particulares.

5. La bonificación de retorno a cobrar por parte del tomador, debe corresponder al porcentaje pactado calculado sobre la prima de la emisión, más las primas correspondientes a las modificaciones efectuadas durante los 60 días posteriores a la fecha de inicio vigencia del seguro y que se encuentren recaudadas.
6. El tomador debe solicitar la bonificación de retorno dentro de los primeros 90 días, contados a partir del inicio de la nueva vigencia de la póliza y se pagará sobre las facturas recaudadas durante los primeros 60 días. Para aquellos casos que superen los 90 días, deben ser autorizados por la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares.
7. Para toda solicitud de nuevo negocio de "Clase Feliz" y "Clase U" debe diligenciarse la solicitud seguro póliza colectiva de accidentes escolares, (Forma AE-016), y adjuntarse en hoja de cálculo excel la lista de estudiantes.
8. En lo posible la vigencia del seguro debe corresponder al período lectivo de la institución educativa (universidades- semestral y colegios- anual).
9. Se permite cotizar el producto Clase Feliz para los institutos técnicos y tecnológicos.
10. No se debe realizar cotización para los siguientes tipos de institución, sin previa consulta y aprobación del Jefe Técnico Nacional de Salud:
 - Colegios militares
 - Colegios de niños especiales
 - Colegios en zonas de alto riesgo
 - Centros de educación no formal (mecánica, soldadura)
 - Escuelas de escoltas o vigilantes
 - Instituciones en áreas rurales
 - Escuelas de todo tipo de deporte
11. No se permite emitir pólizas con una vigencia retroactiva superior a 30 días. En estos casos el sistema Simón generará control técnico. Se exceptúan los casos autorizados por la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares.

2. POLÍTICAS DE EMISIÓN

12. Bajo el producto Clase Feliz se permite asegurar colegios, jardines infantiles e institutos técnicos y tecnológicos.
13. Para aquellos colegios que soliciten recaudo de prima a través de una cuenta de Davivienda, se utilizará la cuenta transitoria para universidades, siempre y cuando se autorice previamente por el la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares.
14. La cotización de seguros de Accidentes Escolares, producto Clase U, para Universidades e institutos técnicos, (con más de 300 estudiantes), debe ser efectuada directamente al Departamento Técnico Nacional de Salud, mediante correo electrónico, adjuntando la información requerida o el slip de cotización, cuando aplique.

PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA NACIONAL

1. Para emitir una póliza principal, es necesario el certificado de Cámara y Comercio de la empresa tomadora.
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.
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.

5. Toda solicitud de seguro debe tramitarse mediante la solicitud de afiliación, (forma HC-006), con su respectiva Declaración de Asegurabilidad, (forma PH-041 rediseño enero 2018), 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 la solicitud de afiliación (HC-016-rediseño noviembre de 2015).
7. Para la inclusión de nuevos asegurados que vengan de otras compañías aseguradoras o contratos de medicina prepagada se otorgará antigüedad únicamente sobre eventos no conocidos, siempre y cuando, se soporte con las certificaciones expedidas por la anterior compañía de seguros o empresa de medicina prepagada.
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, Trimestral 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., siendo necesario que en lo posible adjunten constancia actualizada de dicha afiliación.
11. El área de Línea de Negocio de la Gerencia Nacional 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 elaboración de la carátula, condiciones generales y particulares para entregar al cliente.

3

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

- *SALUD INDIVIDUAL*
- *ACCIDENTES ESCOLARES*
- *PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA*

SEGUROS
BOLÍVAR



3. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

SALUD INDIVIDUAL

1. La edad máxima de inclusión para nuevos asegurados es hasta 60 años en el producto Bienestar y Salud para Disfrutar y de 59 años 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, es obligatorio adjuntar la historia clínica del parto y la historia clínica del pediatra relacionado con la evolución del bebé.
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). 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, con embarazo cubierto por la póliza.

8. La inclusión de amparos adicionales se permite únicamente en cada renovación y únicamente para los productos de salud individual vigentes.

9. La inclusión del anexo de últimos gastos se permite únicamente para asegurados menores de 60 años.

10. 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.

3. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

11. 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.

12. 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 rediseño enero de 2018), firmados por el tomador y constancia de afiliación actualizada a la EPS de cada uno de los asegurados.

13. 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 rediseño enero de 2018), firmados por el tomador y constancia de afiliación actualizada a la EPS de cada uno de los asegurados.

14. 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 rediseño enero de 2018), firmados por el tomador y constancia de afiliación a la EPS actualizada, de cada uno de los asegurados.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

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

3. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

22. Se permite máximo hasta dos rehabilitaciones por vigencia. Casos excepcionales deben ser autorizados por el Jefe Técnico Nacional de Salud.
23. El descuento comercial del 10% que se otorga para asegurados que se convierten de una póliza colectiva de salud con Seguros Bolívar, a una póliza individual de salud con Seguros Bolívar, aplica siempre y cuando corresponda al mismo grupo asegurable que viene en la colectiva de salud.
24. Para conversiones de producto donde implique disminución de prima, los descuentos comerciales que trae la póliza se eliminan, exceptuando descuento comercial correspondiente a médico de la red de proveedores y descuento comercial por traslado de colectiva de salud a individual.
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.

ACCIDENTES ESCOLARES

1. Para los productos Clase Feliz y Clase U no aplica edad máxima de ingreso. La edad mínima de ingreso es un (1) año para Clase Feliz, salvo los casos autorizados por Jefatura Técnica Nacional.
2. A los asegurados que se incluyan en el producto Clase Feliz o Clase U, dentro de los primeros 60 días del inicio de vigencia de la póliza, se les cobrará la tarifa completa y se ingresarán desde el primer día de cobertura.

3. Los alumnos que ingresen después de los 60 días contados desde el inicio de la vigencia de la póliza en Clase Feliz o Clase U, se tarificarán a prorrata desde la fecha de inclusión hasta la renovación, excepto casos autorizados por la jefatura de operaciones salud y accidentes escolares.
4. A los asegurados que se excluyan de Clase Feliz y Clase U dentro de los primeros 60 días contados desde el inicio de vigencia de la póliza, se les hará devolución de la prima total, siempre y cuando no haya presentado siniestros.
5. Los estudiantes asegurados por los que se solicite exclusión posterior a los 60 días contados desde el inicio de la vigencia de la póliza, se tarificarán a prorrata desde la fecha de recibido de la Compañía, (siempre y cuando no tenga siniestro en curso), y se hará la devolución respectiva del dinero, excepto casos autorizados por la jefatura de operaciones salud y accidentes escolares.
6. Las modificaciones nominativas tales como, corrección de nombres, de documentos de identidad, de tipo de documento y de género de los asegurados, de cambio de tomador y de corrección de datos del mismo, se realizarán con la fecha del inicio de vigencia de la póliza, si las solicitudes se reciben antes de los 60 días. De lo contrario se realizarán con la fecha de recibido de la Compañía.
7. Para realizar la modificación nominativa, cambio de tomador, es necesario el tomador vigente de la póliza sea quien realice dicha solicitud por escrito, indicando el NIT y nombre del nuevo tomador.
8. Para realizar cambios de clave es necesario tener en cuenta las políticas establecidas para ello y publicadas en los Procedimientos de la intranet, entre otras los documentos que son necesarios:
 - Carta del tomador solicitando el cambio de clave, (esta carta debe contener como mínimo, el número de la póliza de accidentes escolares, la clave y nombre del socio empresario que desea cambiar y la clave y nombre del nuevo socio empresario). Debe estar firmada por el tomador y en lo posible sellada y en papelería membretada de la institución educativa.

3. POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

- Carta de la oficina que solicita el cambio, en la que le informan al socio empresario de la solicitud del cambio de clave.
- Solicitud de cambio de clave firmada por el gerente o director de la oficina y por el director comercial del producto.

9. Se realizará el estudio de rehabilitación de las pólizas de accidentes escolares, canceladas automáticamente por el sistema por no pago, siempre y cuando estas no hayan cumplido más de seis (6) meses de canceladas. Para ello el tomador de la póliza debe enviar carta solicitando dicha rehabilitación y confirmando si tienen o no siniestros en curso.

10. Para realizar la cancelación de una póliza de accidentes escolares, es necesaria la carta firmada única y exclusivamente por el tomador de la misma y esta cancelación se hará a partir de la fecha de recibido por la Compañía, siempre y cuando no haya siniestros en curso.

PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA NACIONAL

1. El grupo asegurable permitido por la Compañía es:

- Asegurado principal
- Cónyuge
- Compañero(a) permanente
- Hijos
- Progenitores

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

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 rediseño noviembre de 2015), y debe estar acompañado de la respectiva Declaración de Asegurabilidad Productos de Salud, (forma PH-041 rediseño enero de 2018), 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 Productos de Salud, (forma PH-041 rediseño enero 2018), 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), se debe adjuntar certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio.

4

POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

- *SALUD INDIVIDUAL*
- *ACCIDENTES ESCOLARES*
- *PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA*

SEGUROS
BOLÍVAR



4. POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

SALUD INDIVIDUAL

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.

1. La renovación 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.
 - 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
 - Su Médico de Confianza

4. POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

- **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.**

4. 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.

ACCIDENTES ESCOLARES

1. Para los Productos Clase Feliz y Clase U, no aplica edad máxima de ingreso. La edad mínima para Clase Feliz es de un (1) año. Excepto los casos autorizados por la jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares.
2. En lo posible, el tomador de la póliza solo podrá adquirir una única opción de valor asegurado para todos sus alumnos.
3. Se debe indicar en la solicitud de renovación, si se efectuó en forma anticipada el descuento de bonificación de retorno al Tomador.

4. Si no se efectúa el descuento de la bonificación en el momento de la renovación de la póliza, esta debe ser solicitada por el tomador mediante cuenta de cobro o factura, identificando en la cuenta de cobro si es persona natural con cédula, entidad sin ánimo de lucro, entidad gubernamental, distrital o departamental o instituciones dependientes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En la factura: entidad jurídica con Número de Identificación Tributaria (NIT), entidades con ánimo de lucro o entidades privadas o particulares.

5. La bonificación de retorno a cobrar por parte del tomador, debe corresponder al porcentaje pactado calculado sobre la prima de la emisión, más las primas correspondientes a las modificaciones efectuadas, durante los 60 días posteriores a la fecha de inicio de la vigencia del seguro y que se encuentren recaudadas.

6. El tomador debe solicitar la bonificación de retorno dentro de los primeros 90 días contados a partir del inicio de la nueva vigencia de la póliza. Para aquellos casos que superen los 90 días, deben ser autorizados por la Jefatura de operaciones de salud y accidentes escolares

Nota 1: Las cuentas de cobro o facturas deben ser tramitadas a través del Centro de Radicación de Facturas y Cuentas de Cobro.

Nota 2: Las cuentas de cobro deben incluir como mínimo:

- El nombre de la persona o institución educativa que cobra la bonificación de retorno, el cual debe corresponder al mismo tomador de la póliza.
- Número de documento de identificación (NIT o CC) del tomador de la póliza.
- Número de la póliza (debe corresponder a la actual vigencia), puede solicitar otras vigencias previa autorización.
- Vigencia del seguro.
- El valor a cobrar que debe corresponder al porcentaje pactado con el cliente.
- El porcentaje de retorno, debe liquidarse sobre las primas emitidas y recaudadas dentro de los primeros sesenta días de vigencia de la póliza (incluye facturas positivas y negativas).
- Fecha (mes presente en el que se tramita).

4. POLÍTICAS DE RENOVACIÓN

7. Para toda solicitud de renovación de Clase Feliz y Clase U debe diligenciarse la forma AE-016, ("Solicitud de seguro Colectivo de Accidentes Escolares"), y adjuntarse en hoja de cálculo excel la lista de estudiantes.

8. No se permite emitir pólizas con una vigencia retroactiva superior a 30 días. En estos casos el sistema Simón generará control técnico. Se exceptúan los casos autorizados por el Jefe Técnico Nacional de Salud.

PÓLIZAS PRINCIPALES DE SALUD COLECTIVA NACIONAL

1. El mínimo de asegurados para renovar una póliza colectiva de salud nacional debe ser en lo posible 20 empleados principales, salvo los casos autorizados por la Jefatura Técnica Nacional de Salud.

2. Los amparos adicionales que contrate la empresa tomadora, serán los mismos que deberán tomar todos los empleados que se aseguren.

3. Se presentará por parte de la Jefatura de Línea de Negocio de la Gerencia Nacional de Salud y Vida, mensualmente y en forma anticipada propuesta de renovación de las pólizas que vencen el mes siguiente.

4. Se permite efectuar las siguientes modificaciones únicamente en la renovación:

- Inclusión de amparos adicionales
- Exclusión de amparos adicionales
- Cambio periodicidad de facturación
- Cambio de opción

5. Las tarifas de renovación deben ser actualizadas en el sistema Simón, de acuerdo con las primas y valores asegurados acordados con el cliente. 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 asistente técnico de salud.

Se debe solicitar al Departamento de Procedatos correr el proceso de renovación de póliza principal, con el fin de generar las facturas para cada póliza hija.

De no actualizarse las tarifas en el sistema Simón antes del vencimiento de la póliza, se debe dejar en prórroga de vigencia la póliza, si se acordó con el cliente, o en caso contrario dejar en negociación mientras se renueva la póliza en el sistema Simón.

ALIANZA SEGUROS BOLÍVAR- BUPA

5

SALUD INDIVIDUAL *INTERNACIONAL*

- *POLÍTICAS DE EMISIÓN*
- *POLÍTICAS DE CONVERSIÓN*
- *POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN*
- *POLÍTICAS RENOVACIÓN*
-

SEGUROS
BOLÍVAR



5. 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:

		Quando 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)

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

		Quando 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).

		Quando Aplica
Cuestionario de Enfermedades Cardiacas 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.

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

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.

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

5. 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
- 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

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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

16. 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.

17. 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.

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

POLÍTICAS DE CONVERSIÓN

1. 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.

2. 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.

3. La conversión se ofrecerá y efectuará una vez aceptada por el cliente, con vigencia correspondiente a la fecha de renovación de su póliza actual.

4. 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.

5. 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.

6. Los descuentos de clave directa se mantendrán para las conversiones a los productos de salud individual internacional de la Alianza.

7. 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.

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 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.

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

11.2 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.

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

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

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

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

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

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

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.

5. SALUD INDIVIDUAL INTERNACIONAL

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.

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.

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.

ALIANZA SEGUROS BOLÍVAR- BUPA

6

SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

- POLÍTICAS DE EMISIÓN
- POLÍTICAS DE CONVERSIÓN
- POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

SEGUROS
BOLÍVAR



5. SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

POLÍTICAS DE EMISIÓN

1. Tomador: Debe corresponder a la empresa como persona jurídica.
2. Debe existir subsidio de prima por parte de la empresa, en lo posible como mínimo el 30% a sus empleados.
3. En lo posible el número mínimo de empleados para conformar un seguro de salud corporativo internacional, debe corresponder a 10 empleados bajo el mismo plan.

Se permitirá en forma excepcional casos de empresas entre 5 y 9 empleados, siempre y cuando:

- 3.1. Exista vínculo laboral de cada empleado con la empresa
- 3.2. El tomador sea una entidad jurídica
- 3.3. Evaluación médica individual. Se debe diligenciar la solicitud de seguro PH-204, declaración de asegurabilidad PH-041 y constancia de EPS activa.

4. Información mínima requerida para cotizar:

- Nombre empresa
- Actividad
- Edades o fechas de nacimiento del grupo asegurable
- Parentesco (empleado y dependientes familiares)
- Ubicación geográfica
- Siniestralidad de los últimos tres (3) años
- Eventos médicos en curso
- Eventos de alto costo
- Número de años con la aseguradora actual.

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 (5-9 titulares)	5	1
Medianos (10-49 titulares)	5	2
Grandes (>= 50 titulares)	5	4

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

CLASIFICACIÓN	# MÍNIMO DE TITULARES	# MÁXIMO DE PRODUCTOS
Pequeños (5-9 titulares)	5	1
Medianos (10-49 titulares)	10	2
Grandes (>= 50 titulares)	10	3

6. El seguro de salud corporativo internacional va dirigido únicamente para residentes colombianos, de acuerdo con la definición del clausulado.

7. No aplica edad máxima de aceptación; sin embargo, para aquellas empresas con un grupo asegurable con edad promedio mayor o igual a 55 años, se evaluará médicamente el grupo y se analizará técnicamente la tarifa de ese grupo.

5. SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

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

9. Grupo asegurable permitido:

- Asegurado principal (Funcionario)
- Cónyuge
- Hijos.

10. Se permite incluir progenitores siempre y cuando el grupo asegurable sea mayor a 50 titulares.

11. No se permiten pólizas para asegurar únicamente menores de edad. Deben 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 forma PH-041
- 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 Productos de Salud (forma PH-041 Rediseño enero de 2018)
- Constancia de EPS Activa.

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 Productos de Salud, (forma PH-041 Rediseño enero de 2018)
- 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., 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.

5. SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

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 corporativo 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 Productos de Salud (forma PH-041 Rediseño enero de 2018)
- Constancia de EPS Activa.

19. Para nuevas colectivas de salud corporativo 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 Productos de Salud (forma PH-205)
- 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.

20. Para nuevas pólizas de salud corporativo 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 utilizaciones).

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 corporativo 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 del pediatra relacionada con la evolución del bebé.

22. Los nombres de los nuevos productos de salud corporativo 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.

5. SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

- Tripulaciones de barcos.
- 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.
- 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 corporativo internacional, será en cada renovación.

POLÍTICAS DE MODIFICACIÓN

1. Inclusión de anexos, (Dental y/o Visión), se permiten en la renovación de la póliza colectiva de salud.

2. Cambio período de facturación, se permite en la renovación de la póliza colectiva de salud.

3. Cambio de deducible se permite en la renovación de la póliza de salud corporativo internacional. Cuando implique disminución de deducible, requerirá evaluación técnica.

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, además de la fotocopia del documento de identidad del asegurado a modificar.

5. En lo posible la fecha de inicio de vigencia del seguro colectivo de salud, 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

- 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. Todas las condiciones y/o exclusiones que hayan tenido en la cobertura del seguro colectivo se mantendrán en la póliza individual.
- d. La fecha de vigencia de la póliza individual será la fecha de la salida de la colectiva.

5. SALUD INTERNACIONAL CORPORATE

e. Aplica conversión sin evaluación médica, si el asegurado ha estado en la póliza por 24 meses o más, 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.

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.