

Guías Técnicas de Suscripción de Salud.

Productos de Salud cobertura nacional
e internacional.

Vicepresidencia de Líneas Personales.
Gerencia Nacional de Salud.
Dirección Nacional de Salud.

Este documento está clasificado como interno y sólo es válido en formato electrónico.
No tiene validez en formato impreso.

Elaborado por:	Publicado por:	Aprobado por:
Gerencia Nacional de Salud. Dirección Nacional Suscripción Salud. Unidad Médica de Suscripción Salud.	Gerencia de Salud.	Andrea Gómez García -Herreros



Contents

1.	Composición Portafolio Línea de Salud.	5
1.1	Allianz Individual.	5
1.2	Allianz Colectivo.	5
2.	Guías Técnicas de Suscripción.	6
2.1	Aplica para todos los ramos de Salud.	6
2.1.1	Edades de Ingreso Productos de Salud.	6
2.1.2	Personas Asegurables.	6
2.1.3	Personas no asegurables en un Seguro de Salud.	9
2.1.4	Requisitos de Asegurabilidad.	9
2.1.4.1	¿Quién asume el costo?	12
2.1.5	Extraprimas	13
2.1.6	Continuidad.	13
2.1.6.1	Limitaciones	14
2.1.6.2	Requisitos para otorgar continuidad:	14
2.1.6.3	Productos de los cuales se otorga este beneficio:	15
2.1.6.4	Continuidad y cambios entre productos de Salud Allianz (Aumento o disminución de producto y módulo)	15
2.1.6.5	Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional.	16
2.1.7	Congelamiento de la Póliza.	16
2.1.7.1	Tiempo máximo de congelamiento continuo.	17
2.1.7.2	Requisitos para evaluar el congelamiento:	17
2.1.7.3	Requisitos para levantar el congelamiento:	17
2.1.7.4	Cálculo Descongelamiento de 1 a 2 años:	18
2.2	Seguros de Salud Individual.	18
2.2.1	Cotizaciones	18
2.2.1.1	Consideraciones Generales.	18
2.2.1.2	Formas de Pago.	18
2.2.1.3	Recargas por fraccionamiento	18
2.2.1.4	Está totalmente prohibido.	19
2.2.2	Novedades que se pueden realizar a las pólizas.	19
2.2.2.1	Diligenciamiento de solicitud de Seguro para traslados entre productos de Salud Allianz:	19
2.2.3	Anexo de Maternidad en Curso	20
2.2.4	Revigorizaciones.	20
2.2.4.1	Pólizas canceladas por mora no financiadas	21
2.2.4.2	Pólizas canceladas por mora financiadas.	21
2.2.5	Descuentos	21
2.2.6	Comisiones	22

2.2.7	Aspectos transversales	22
2.3	Seguros de Salud Colectivo	23
2.3.1	Definiciones	23
2.3.2	Cotizaciones	23
2.3.2.1	Pautas específicas para la suscripción de Grupos	23
2.3.2.2	Fijación de Precios de los Planes Colectivos	23
2.3.2.3	Apetito de Riesgo	24
2.3.3	Suscripción Médico Técnica	24
2.3.3.1	Elegibilidad de los dependientes.....	25
2.3.4	Renovaciones	25
2.3.5	Comisiones	25
2.3.6	Revigorizaciones.....	25
2.4	Seguro Odontológico.....	26
2.4.1	Edades de Ingreso Producto Odontológico	26
2.4.2	Personas Aseguradas.....	26
2.4.3	Requisitos de Asegurabilidad.....	26
2.4.4	Cotizaciones.....	26
2.4.4.1	Fijación de Precios de los planes Colectivos Seguro Odontológico.....	26
2.4.4.2	Apetito de riesgo.....	26
2.4.4.3	Suscripción	27
2.4.5	Renovaciones	27
2.4.6	Comisiones	27
3.	Información del Documento	27
3.1	Modificaciones y actualizaciones	27

1. Composición Portafolio Línea de Salud.

1.1 Allianz Individual.

Compuesto por los siguientes ramos:

- Ramo 206 VitAllianz: Módulos a comercializar 1, 2 y 3.
- Ramo 205 Gold Plus: Módulos a comercializar 1, 2 y 3.
 - A partir del Q2 del 2024, se suspende comercialización de Ramos Gold y Plus Pesos y se mantienen solo en las
 - Renovaciones. Los negocios nuevos son comercializables sobre el nuevo ramo que absorbe ramo 201 y 204
- Ramo 202 Care: Módulos a comercializar 1 y 4
- Ramo 203 Plus: Módulos a comercializar del 1 al 4

1.2 Allianz Colectivo.

Producto diseñado a la medida de las necesidades del cliente a partir de nuestras coberturas comercializables, el portafolio está compuesto por los siguientes ramos:

- Ramo 210 Colectivo.
- Ramo 211 Colectivo dólares.
- Ramo 212 Colectivo Plus Pesos.
- Ramo 213 Seguro Odontológico.

2. Guías Técnicas de Suscripción.

En aras de obtener un adecuado resultado técnico – comercial, la compañía establece los siguientes lineamientos y políticas:

2.1 Aplica para todos los ramos de Salud.

Las siguientes especificaciones aplican a nivel general en todos los ramos de Salud excepto 206-VitAllianz para el cual se especifica en cada numeral el lineamiento aplicable. Para algunos colectivos puede variar de acuerdo con el criterio de cada delegado, el análisis realizado y la autorización otorgada.

2.1.1 Edades de Ingreso Productos de Salud.

Productos	Edad de Ingreso	Edad de Permanencia
Allianz Seguros de Salud Individuales.	Edad de Ingreso de 0 días de nacido y hasta 69 años, 364 días. Para el producto VitAllianz no aplica edad límite de ingreso. Los menores de 5 años (de 364 días o menos). Deberán estar acompañados por un mayor de edad y que este sea menor de 55 años, en caso contrario, deberán ser evaluados medicamente para determinar su vinculación sin acompañante”.	Ilimitada.
Allianz Seguros de Salud Colectivos	De 0 días de nacido y hasta 69 años, 364 días.	Ilimitada

2.1.2 Personas Asegurables.

Será asegurable cualquier persona entre 0 días y 69 años, 364 días (de acuerdo con lo definido en ítem “*Edades de Ingreso Productos de Salud*”), previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad descritos en este documento. Para el producto VitAllianz no aplica edad límite de ingreso y tampoco requisitos médicos de asegurabilidad. Para lo demás productos:

Nota 1: Cuando se soliciten retiros parciales de asegurados, cada asegurado menor de 5 años (de 364 días o menos). deberá estar acompañados cada uno por un asegurado mayor de edad y que este sea menor de 55 años, en caso contrario, deberán ser evaluados medicamente para determinar su vinculación sin acompañante. Cualquier excepción al respecto, debe tener el VoBo del Gerente de Línea, delegado o Profesional de Suscripción Salud de la Regional.

Nota 2: Para negocios colectivos, las personas asegurables pueden variar de acuerdo con la negociación con el cliente, siempre y cuando se realice el cobro de prima mensual por cada afiliado de acuerdo con su edad y género. En caso de no tener una negociación particular, se aplicarán las guías técnicas de suscripción de negocios individuales.

Nota 3: En el marco de la segmentación del riesgo, asociado a la declaración de salud, los hallazgos en los exámenes, el histórico de patologías pre-existentes manejados por la Unidad Médica, pueden establecer una serie de diagnósticos declarados por los usuarios en categoría de riesgo bajo, por cuanto no implican un riesgo para la compañía, e incluso, a pesar de estar declarados por el usuario permiten la emisión de la póliza en condiciones estándar, sin requerir análisis médico. Teniendo en cuenta lo anterior, se relacionan las condiciones de salud declaradas por el cliente que el intermediario tiene la potestad de digitar en el sistema bajo respuesta negativa para que la emisión sea estándar:

Pregunta Reflejada en el Tren de Emisión – Iberolatam.	Preguntas tren de emisión a partir del 20 de abril de 2021.	Patología de Bajo Riesgo.
Tiroides.	Hipertiroidismo, bocio, nódulos tiroideos o lesiones que ameriten biopsia de tiroides, antecedente de cirugía de tiroides (tiroidectomía) o yodoterapia.	Hipotiroidismo.
Órganos de los sentidos: Ojos	Catarata, glaucoma, estrabismo, ceguera, enfermedades del nervio óptico, desprendimiento de retina y pterigio.	- Hipotiroidismo. - Conjuntivitis. - Miopía. - Hipermetropía. - Astigmatismo. - Presbicia. - Orzuelos.
Órganos de los sentidos: nariz, oídos, garganta.	Sinusitis, rinitis, otitis, laringitis o amigdalitis crónicas*; pólipos, desviación del tabique nasal, amígdalas o adenoides muy grandes. (*Crónicas: más de 3 eventos por año)	Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como: - Amigdalitis aguda. - Laringitis aguda. - Sinusitis aguda. - Otitis aguda. Nota: si son a repetición se consideran crónicas y se deben declarar y marcar en IberoLatam.
Órganos de los sentidos: Pulmonares	EPOC, enfisema, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar o requiere oxígeno o concentrador, C-PAP o B-PAP, tuberculosis.	Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como: - Bronquitis aguda. - Neumonía aguda (único episodio sin secuelas). - Bronconeumonía aguda (único episodio sin secuelas) Nota: si son a repetición se consideran crónicas y se deben declarar y marcar en IberoLatam. - Asma infantil sin recurrencia en la edad adulta.
Órganos de los sentidos: Alergias	Asma, secuelas de ventilación pulmonar prolongada (displasia broncopulmonar), antecedente de membrana hialina.	Alergia a medicamentos. Alergia a alimentos. Dermatitis.

Internal

Del sistema digestivo: Esófago	Esofagitis, esófago de Barret, Esófago Úlcera péptica o duodenal, hemorragia digestiva, Divertículos en colon, colitis ulcerativa, cálculos de la vesícula, hemorroides, cirugías del intestino.	Constipación o estreñimiento Gastritis sin antecedente de úlcera ni sangrado Síndrome de intestino irritable (colon irritable) Hepatitis A (cualquier otro tipo de hepatitis B, C, D se debe declarar y marcar en Iberolatam)
Del sistema genitourinario: Incontinencia	Cálculos renales, incontinencia, testículo no descendido, hidrocele, prepucio redundante, varicocele, trastornos de la próstata.	Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como: 23. Infección urinaria aguda Nota: si es a repetición se considera crónica y se debe declarar y marcar en IberoLatam.
Del sistema osteo-articular: Piel	Artritis reumatoide, lupus, enfermedades autoinmunes o del colágeno. Escoliosis, deformidades de columna, de los huesos o de las articulaciones, Artrosis de cadera, rodilla, hombro, codo. prótesis o reemplazos articulares	Nevos o lunares (sin cambios ni ulceraciones). Verrugas sin cambios. Pitiriasis.
Tratamientos:	¿Ha(n) estado hospitalizado(s), lo(s) han operado o tiene pendiente alguna cirugía? En caso de hospitalización o cirugía indique el motivo o la causa de esta, el diagnóstico definitivo, la fecha del evento y si quedó con alguna secuela. Especifique.	27. Varicocelelectomía (resección del varicocele). 28. Hidrocelelectomía (corrección de hidrocele). 29. Apendicectomía sin peritonitis después de 50 años. 30. Cirugía refractiva o lasik. 31. Amigdalectomía (resección de amígdalas). 24. Adenoidelectomía (resección de adenoides).
Accidentes:	¿Ha(n) presentado alguna lesión o accidente que reduzca su capacidad física o intelectual? o por la que se encuentre(n) incapacitado(s) o con calificación de discapacidad? o que haya(n) requerido material de osteosíntesis? Indique el número del solicitante que corresponda, tipo de lesión y/o secuelas si presenta. Lugar anatómico, Fecha del evento, ¿conserva el material de osteosíntesis o ya lo retiraron? Especifique.	Fracturas sin secuelas, ni deformidades, ni limitaciones para el movimiento, sin empleo de material de osteosíntesis, después de 50 años. Esguinces de primer grado.

2.1.3 Personas no asegurables en un Seguro de Salud.

Exceptuando el producto VitAllianz, para todos los demás productos de salud, no serán aceptados por la compañía en ningún caso, (incluso para solicitantes con Continuidad de otra Compañía de Seguros o Medicina Prepagada) usuarios con los siguientes antecedentes médicos, patologías crónicas degenerativas no recuperables o de alto riesgo, según concepto de evaluación médica, como los siguientes:

- Enfermedades del colágeno (ej: lupus, artritis reumatoide).
- Enfermedades psiquiátricas crónicas.
- Síndrome de Down o patologías congénitas severas.
- Discapacidad severa con secuelas físicas.
- Enfermedades neurológicas no recuperables (ej: Alzheimer, Párkinson, Esclerosis Múltiple).
- VIH - SIDA.
- Enfermedades cerebro vasculares o sus secuelas.
- Cáncer activo o tratado (independiente del estado actual del paciente).
- Insuficiencia Renal o Glomerulopatías.
- Insuficiencia Hepática o Cirrosis.
- Enfermedades cardíacas crónicas (ej: Infarto del Miocardio, Hipertensión no controlada).
- Diabetes.
- Hemofilia.
- Usuaris con maternidad en curso (excepto si se contrata el anexo de maternidad).

Nota: Si una solicitud queda pendiente de estudio por no reunir los requisitos (EPS, certificaciones para continuidad) o por aclaraciones (espacios sin diligenciar, eventos médicos por definir, peso / talla, etc.), se procederá a desistir la misma después de 60 días contados a partir de la fecha de diligenciamiento.

2.1.4 Requisitos de Asegurabilidad.

Requisito	¿Quiénes deben presentar este requisito?
Declaración de Salud.	Acorde con el proceso de vinculación ideal, debe ser diligenciada completamente por todos los solicitantes del seguro inclusive cuando se soliciten traslados de menor a mayor cobertura entre productos de Allianz o solicitudes de continuidad de otras compañías. Para negocios colectivos nuevos, de acuerdo con la negociación con el cliente, para la vinculación inicial, se solicitará al intermediario base de datos con toda la información necesaria para crear los asegurados en los aplicativos de la compañía, incluyendo datos de continuidad y preexistencias. Toda solicitud de seguro deberá ser completamente diligenciada y firmada por el tomador e indexada en la ficha de gestión junto con los demás documentos de asegurabilidad. En los casos en que se genere el bloqueo, es estrictamente obligatorio adjuntar esta documentación mediante el envío de la imagen 2728 - Desbloqueo Central. Cuando exista alguna circunstancia fortuita definida por el área técnica de Salud que, impida el procedimiento de suscripción estándar establecido, se permitirá el diligenciamiento del formato de asegurabilidad de salud sin firma, siempre y cuando se cumplan los siguientes pasos: 1. El intermediario descargará el formulario Solicitud de Seguro digital (pdf editable de Allia2net plus para Salud). 2. El intermediario llamará al solicitante para diligenciar el formato de

	Solicitud de Seguro acorde con la información que su cliente le proporcione. 3. El solicitante responderá cada una de las preguntas. Es fundamental que declare TODOS y cada uno de los antecedentes médicos que presente por cada uno de los beneficiarios de la póliza. 4. El intermediario deberá verificar que los campos mínimos obligatorios tengan respuesta. En caso de alguna respuesta afirmativa en la declaración de salud, el intermediario deberá validar si su cliente cuenta con historia clínica y/o con los resultados de exámenes y le solicitará que las adjunte por correo electrónico. 5. Una vez el formulario se encuentre completamente diligenciado, el intermediario lo enviará al cliente por correo electrónico (preferiblemente desde su correo de Allia2) al correo electrónico personal registrado por el cliente, empleando el texto sugerido en el <u>Modelo 1</u> anexo en parte inferior de esta comunicación. 6. Por su parte, el cliente en caso de estar de acuerdo con la información diligenciada en el formulario manifestará la confirmación de dicha información consignada diligenciando el texto de aceptación de la parte inferior del anexo Modelo 1 vía correo electrónico. La solicitud y el correo con la confirmación del cliente (Modelo 1), deberán quedar indexados en la ficha de gestión, pues reemplazarán la firma del tomador. Es importante resaltar que el NO cumplimiento estricto de este proceso, podrá acarrear sanciones. Se efectuará monitoreo del cumplimiento en procura de proteger los intereses de la compañía y de garantizar la correcta vinculación de nuevos asegurados. La declaración no es requisito del producto VitAllianz.
EPS.	En todos los casos es requisito indispensable que, al momento de radicar la solicitud de seguro, cada uno de los solicitantes cuente con una afiliación vigente a una <u>EPS del Régimen Contributivo de Salud</u> o Régimen Especial de atención (FFMM, Magisterio, Ecopetrol, etc), el cual debe ser soportado con un certificado emitido por la EPS o por consulta en el ADRES no mayor a 30 días. En los casos que el solicitante no anexe certificado de EPS, el intermediario deberá validarlo en ADRES para confirmar que esté vigente y aportará el soporte. Para el siguiente caso donde, el usuario está exento de afiliación al régimen contributivo, deberá anexarse el respectivo soporte: hacer firmar carta por el empleador con tipo y número de identificación: - Los nacionales y extranjeros residentes en el país, vinculados mediante contrato de trabajo celebrado en el extranjero que no se rija por las normas colombianas.

Valoración Médica de Riesgo.	Se solicitará examen médico de ingreso a todo solicitante nuevo que cumpla con cualquiera de los siguientes requisitos: Solicitantes que tengan 55 años cumplidos o más, para todos los productos, y solicitantes entre 60 y 69 años, así traigan continuidad de otra compañía. ✓ Solicitantes mayores de edad con un IMC igual o superior a 35. ✓ Si un solicitante presenta 2 de las condiciones mencionadas anteriormente (edad igual o superior a 55 años, IMC igual o superior a 35), primará entre los dos paquetes de exámenes el paquete requerido por edad. ✓ Todo niño menor de 1 año, de edad, no nacido bajo la cobertura de la póliza que presente antecedentes de enfermedades, o de haber requerido manejo Y se deben tener en cuenta: I. Los menores de 1 año no nacidos en póliza, que soliciten su afiliación dentro de los siguientes 30 días después del nacimiento y declaren antecedentes positivos de salud en el cuestionario, deberán aportar copia de la valoración de recién nacido que le realizan en la institución donde fueron atendidos. II. Los menores de 1 año no nacidos en póliza, que soliciten su afiliación después del mes de nacido y declaren antecedentes positivos en el cuestionario de salud, deberán aportar copia de su historia clínica de pediatría. III. Los recién nacidos con antecedente de ser productos de parto pre- término, o con peso igual o inferior a 2.500 gramos, o con antecedente de hipoxia (asfixia) perinatal o de complicaciones del parto o haber requerido manejo con hospitalización médica, quirúrgica o en Unidad de Cuidados Neonatales, deberán aportar la epicrisis del egreso o la copia de historia clínica de pediatría. Esta política aplica únicamente para recién nacidos cuyo nacimiento no fue cubierto por la póliza. IV. Copia de la historia clínica para los bebés nacidos bajo la cobertura de la póliza que no sean asegurados dentro de los 60 días siguientes a su nacimiento y presente antecedentes de enfermedades, o de haber requerido manejo hospitalario, o quirúrgico a partir de su nacimiento. Adicionalmente, la Compañía podrá solicitar este requisito para los casos en los que de acuerdo con la evaluación médica lo considere necesario. Así mismo, la Compañía podrá solicitar copias de historia clínica, de reportes de exámenes paraclínicos o valoraciones médicas especializadas, en los casos en los que, de acuerdo con la evaluación médica, así lo considere (incluso para asegurados con continuidad). La validez de la valoración médica de riesgo es de seis (6) meses contando a partir de la realización de este. NOTA: Solicitudes con Continuidad de otra Compañía se tramitarán de acuerdo con las condiciones de continuidad establecidas más adelante. Este requisito no aplica para el producto VitAllianz.
-------------------------------------	---

Requisitos para mujeres mayores de 55 años	Para contratos individuales y colectivos, todas las mujeres mayores de 55 años cumplidos que presenten solicitud de seguro de salud (sin continuidad de otra compañía), requieren: - Mamografía realizada máximo dentro de los dos años anteriores a la solicitud del seguro. - Ecografía pélvica realizada máximo dentro de los dos años anteriores a la solicitud del seguro. - Reporte de citología cervicovaginal tomados dentro de los últimos dos años Este requisito no aplica para el producto VitAllianz.
Exámenes Paraclínicos	Exámenes Paraclínicos para usuarios de 55 años cumplidos o más (sin continuidad de otra compañía o cuando se requiera de acuerdo con evaluación médica): - Parcial de orina. Cuadro Hemático. Colesterol Total, Colesterol HDL. Glicemia basal. Creatinina. - Electrocardiograma - EKG (con la lectura correspondiente). Triglicéridos. Antígeno Prostático (Hombres). NOTA 1: Únicamente se solicitará copia de historia clínica o copia de reportes de exámenes, según lo declarado en el cuestionario de salud. NOTA 2: Para asegurados de 60 años hasta 69 con 364 días, siempre deberán realizarse los exámenes así traigan continuidad de otra compañía. Para los solicitantes del seguro con índice de masa corporal mayor o igual a 35 (IMC ≥ 35); se solicitarán: - Colesterol Total y Colesterol HDL. Glicemia Pre y Post. - Triglicéridos. Este requisito no aplica para el producto VitAllianz.

Nota 1: Adicionalmente, la Compañía podrá solicitar copias de historia clínica o valoración médica especializada, en los casos que, de acuerdo con la evaluación médica, lo considere (incluso para asegurados con continuidad).

2.1.4.1 ¿Quién asume el costo?

Requisito	¿Quiénes deben presentar este requisito?
Valoración Médica de Riesgo	Pólizas Individuales y Colectivas Los asume la compañía. Dichos exámenes los realizarán únicamente los profesionales o instituciones autorizados por la compañía; no habrá lugar a reembolso. Todas las valoraciones médicas de ingreso deberán ser programadas con el proveedor de exámenes, enviando la orden al buzón agenda.allianz@unidiagnostico.com.co. Para el ramo 205, se generará desde el sistema una tarea al proveedor para que haga el correspondiente agendamiento.

Exámenes para mujeres mayores de 55 años.	Pólizas Individuales y Colectivas. La Citología Vaginal y la Ecografía Pélvica la asume la Compañía únicamente con los profesionales o instituciones autorizados; no habrá lugar a reembolso. Si la solicitante tiene una citología vaginal realizada con su médico tratante podrá aportarla. La Mamografía es a cargo de la solicitante. De igual manera, podrá aportar este examen si cuenta con un estudio realizado dentro de los dos últimos años.
Exámenes Paraclínicos.	Pólizas Individuales y Colectivas. Los exámenes paraclínicos los asume la compañía únicamente con los profesionales o instituciones autorizados; no habrá lugar a reembolso. Los exámenes para obesidad y HTA serán asumidos por los solicitantes y deben realizarse únicamente con los profesionales o instituciones autorizadas por la compañía; no habrá lugar ni a reembolso ni autorización. Los exámenes adicionales que solicite la Compañía serán a cargo del solicitante, no habrá lugar ni a reembolso ni autorización. * Anexo de Maternidad: A cargo de la solicitante.

2.1.5 Extraprimas

Es el valor adicional de prima que cobra la Compañía y que el asegurado se obliga a pagar a la aseguradora para otorgar cobertura a un "riesgo agravado".

Para todos los productos, excepto VitAllianz, La Compañía podrá extraprimar a un usuario, una vez realizada la evaluación técnico-médica de una solicitud (para traslados con continuidad o negocios nuevos), en los casos en que la Dirección Médica lo considere pertinente o en los casos que el usuario presente (entre otros) alguno de los siguientes antecedentes médicos:

- Obesidad.
- Hipertensión Arterial.
- Trastorno de Lípidos (colesterol o triglicéridos elevados).
- Cualquier patología que la Compañía considere se pueda extraprimar para dar cobertura.
- La Compañía se reserva el derecho de extraprimar a asegurados que soliciten ingresos a pólizas colectivas. Lo anterior tiene que estar alineado con la aceptación del tomador para el pago de la misma.

Los valores de extraprima son calculados por la herramienta de suscripción utilizada por el área médica y que dependerá de la patología declarada y/o combinación de antecedentes médicos de cada asegurado:

Nota 1. La reevaluación de extraprims (técnicas o médicas) solo se realizará en la renovación de la póliza y para su evaluación se requiere examen médico y exámenes paraclínicos, los cuales estarán a cargo del asegurado. De acuerdo con el resultado de la evaluación médica, la Compañía podrá mantener, modificar o eliminar la extraprima solicitada.

Para la evaluación de la solicitud de eliminación o disminución de dichas extraprims, deben adjuntarse los documentos solicitados por la Compañía para la evaluación técnico-médica con 15 de días de antelación a la fecha de renovación de la póliza o hasta 45 días posteriores a la misma; no se aceptan modificaciones de extraprims con posterioridad a los 45 días posteriores a la fecha de renovación o durante la vigencia de la póliza.

Nota 2: Para las personas que en la primera vigencia se inscriban al programa de gestión de riesgo y al momento de la renovación (mes 11) se comprueba la adherencia al programa tendrán la opción de suavizar la extra prima. Esta opción aplica por una única vez durante la permanencia del usuario en la póliza. La suavización será máxima del 3%, teniendo en cuenta que son patologías crónicas

2.1.6 Continuidad

Se entiende por Continuidad el beneficio que otorga la Compañía al afiliado con respecto a aquellos amparos a los que tenía derecho por el tiempo transcurrido de protección en un producto de salud anterior (NO EPS), y/o respecto a los eventos que durante la vigencia del mismo hubiesen sido amparados.

La aprobación de la Continuidad, en todos los casos, dependerá de la evaluación médica y la Compañía se reserva el derecho de aceptarla o no, incluyendo los productos de salud de Allianz. Así mismo, la Compañía podrá solicitar historia clínica o examen médico y paraclínicos en aquellos casos que, por los antecedentes médicos a criterio de la Compañía, lo requieran.

2.1.6.1 Limitaciones

- Sujeto a las condiciones de cobertura y limitaciones del producto del cual viene. El producto VitAllianz no permite la convalidación de Continuidad y tampoco ofrece la opción de transferir la continuidad de este producto a otro.
- Las exclusiones fijadas en el producto del cual viene se mantienen.
- No habrá cobertura durante el lapso comprendido entre la fecha de finalización del producto anterior y la fecha de inicio de vigencia del nuevo producto.

Si la Compañía acepta la Continuidad de otra Compañía y se detecta reticencia en la declaración de salud o de enfermedades preexistentes no declaradas, se procederá a modificar las condiciones del contrato inicial o a su no renovación, según se determine.

2.1.6.2 Requisitos para otorgar continuidad:

- Tramitar la solicitud de convalidación, máximo dentro de los sesenta (60) días posteriores al retiro del producto anterior.
- No se podrán trasladar al producto Gold Plus, módulo 3, asegurados que estén en el producto Plus dólares con un tratamiento en curso.
- Diligenciar la solicitud de seguro en su totalidad, incluyendo declaración de estado de salud, de acuerdo con el nuevo proceso de vinculación, desde PVI.
- Certificación de antigüedad y preexistencias expedida por la Compañía anterior; esta debe presentarse en original, expedida en papelería institucional, y con fecha de expedición no mayor de 60 días. Todo certificado presentado para evaluación debe tener la fecha de radicación en la Compañía. En esta debe constar:
 - ✓ Nombre y Número de identificación de los asegurados.
 - ✓ Fecha de inicio y finalización de la vigencia del producto anterior, aclarando si aún se encuentra afiliado al seguro.
 - ✓ Exclusiones o preexistencias establecidas en la Compañía anterior por cada beneficiario.
 - ✓ Para Póliza de Compañías internacionales que no fijen preexistencias o que no expidan certificados de antigüedad y preexistencias, se fijarán como preexistencias las patologías o procedimientos que sean previos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza internacional de la cual vienen.
 - ✓ Para el producto Gold, se solicitarán certificados de antigüedad y preexistencias para todas las edades sin excepción y de acuerdo con la revisión realizada, se podría solicitar certificado de utilidades, en cualquier caso.
 - ✓ Para el producto Care, se solicitarán certificados de antigüedad y preexistencias y certificado de utilidades para todas las edades sin excepción.
 - ✓ Para bebés nacidos en otras Compañías con cobertura de congénitas debe especificar si tenía o no la cobertura.
 - ✓ Utilidades atendidas en el producto anterior para todos los solicitantes de 55 años en adelante.
 - ✓ Utilidades atendidas en el producto anterior para usuarios que vienen de pólizas o medicinas prepagadas con cobertura nacional y van a tomar pólizas con cobertura internacional (Plus o Gold Plus módulo 3)

Para traslado de productos con cobertura nacional a internacional remítase al ítem "Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional"

Nota: En los casos en los cuales no se aporte los certificados de antigüedad y preexistencias y/o utilidades de la anterior compañía de seguros o compañía de medicina prepagada el proceso será el siguiente:

- Notificar en la solicitud de seguro esta condición
- Mientras se realiza la entrega de la certificación, los asegurados se ingresarán como nuevos, fijando las exclusiones por preexistencias de acuerdo con la evaluación médica realizada de la solicitud de seguro y se definirán las condiciones de asegurabilidad. La unidad médica podrá solicitar exámenes adicionales o reportes de estudios según lo considere necesario.
- La certificación se debe entregar a Allianz a más tardar dentro de los sesenta días (60) siguientes de expedida la póliza, de lo contrario no se otorga la continuidad.
- Una vez aporten los certificados y cumplan con los requisitos del presente numeral se definirán las condiciones definitivas de asegurabilidad.

Nota:

1. Para movimiento entre pólizas de Allianz, la continuidad será validada internamente. Para lo cual se debe informar en la solicitud de seguro en qué póliza y número de aplica venían los usuarios.
2. Si un asegurado está en el producto Plus y pasa al producto Gold Plus módulo 3, solo podrá volver al producto Plus en dólares por una única vez y no se permitirán nuevos traslados entre estos productos posterior a este cambio.

2.1.6.3 Productos de los cuales se otorga este beneficio:

- Pólizas de salud con cobertura Nacional e Internacional.
- Contratos de Medicina Prepagada
- Para los productos Allianz Plus se otorga continuidad de pólizas con cobertura internacional.
- Para los productos Allianz Plus se otorga continuidad de pólizas con cobertura nacional de acuerdo con las condiciones especificadas en el ítem Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional.

No se otorga continuidad para las siguientes condiciones:

- Pólizas canceladas por mora o por reticencia.
- Usuarios con antecedentes de: Afecciones cardiovasculares, SIDA, afecciones cerebro vasculares, cáncer, afecciones renales crónicas, enfermedades psiquiátricas, enfermedades autoinmunes, patologías congénitas, diabetes, EPOC; aun cuando hayan sido amparados en la cobertura anterior.
- Usuarios con maternidades en curso (excepto cuando adquiera el anexo de maternidad y este sea aceptado por La Compañía)
- Usuarios de 69 años cumplidos o más.
- Usuarios que el producto del que solicitan la convalidación de continuidad sea Plan de Atención Complementaria (PAC)
- Usuarios que el producto del que solicitan la convalidación de continuidad conste únicamente de coberturas ambulatorias, incluyendo VitAllianz.

2.1.6.4 Continuidad y cambios entre productos de Salud Allianz (Aumento o disminución de producto y módulo)

Producto actual	Producto a trasladar	Continuidad
VitAllianz	VitAllianz, disminución de módulo	No
	VitAllianz, Incremento de módulo	No
	Care	No
	Gold Plus	No
	Plus Dólares	No
Care	VitAllianz	No
	Care, disminución de módulo	Si
	Care, Incremento de módulo	*Sujeto a evaluación técnico médica del riesgo
	Gold Plus	
	Plus Dólares	
Gold Plus	VitAllianz	No

	Care	Si
	Gold Plus, disminución de módulo	Si
	Gold Plus, Incremento de módulo	*Sujeto a evaluación técnico-médica del riesgo
	Plus Dólares	
Plus Dólares	VitAllianz	No
	Care	Si
	Gold Plus	Si
	Plus Dólares, disminución de módulo	Si
	Plus Dólares, módulo igual con incremento de deducible	Si
	Plus Dólares, Incremento de módulo	*Sujeto a evaluación técnico-médica del riesgo
	Plus Dólares, módulo igual con disminución de deducible	
	Gold Plus Módulo 3	
Plus Pesos	VitAllianz	No
	Care	Si
	Gold Plus	Si
	Plus Dólares	*Sujeto a evaluación técnico-médica del riesgo
Gold	VitAllianz	No
	Care	Si
	Gold Plus, módulo 3	*Sujeto a evaluación técnico-médica del riesgo
	Plus Dólares	

- Las convalidaciones donde se haga evaluación técnico-médica, el resultado puede ser aceptarla o rechazarla
- Los traslados de producto y/o módulo se harán a renovación, por lo cual el cliente podrá solicitar el cambio hasta 45 días después de inicio de vigencia
- Para los traslados de producto y módulo, se debe aplicar la tarifa comercial vigente para negocio nuevo del producto respectivo, aplicando únicamente los descuentos a que tenga derecho la póliza, según lo definido en estas guías técnicas de suscripción.
- Los traslados de módulos de Gold y Plus Pesos homologables a módulos de Gold Plus, serán objeto de migración masiva a medida que renuevan.

2.1.6.5 Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional.

Se permite realizar traslados de productos con cobertura nacional a Plus o Gold Plus Módulo 3 para riesgos que cumplan las siguientes características:

- Los asegurados deben ser menores de 69 años de edad.
- No se admiten riesgos con casos de alto costo o ninguna de las patologías indicadas en el ítem "Personas no asegurables en un seguro de Salud".
- Se deben presentar certificación de antigüedad y preexistencias junto con la certificación de utilidades.
- Debe diligenciar en su totalidad solicitud de seguro y declaración de salud.
- Debe cumplir de acuerdo con estas guías técnicas de suscripción con todos los requisitos de asegurabilidad.
- Para estos casos se mantiene el periodo de carencia para atenciones de parto a nivel internacional de 180 días, a partir del ingreso de la asegurada a las pólizas PLUS y Gold Plus Módulo 3.

2.1.7 Congelamiento de la Póliza

Se otorga el beneficio de congelamiento de la póliza para las siguientes cosas únicamente:

- Viajes por estudio en el exterior.
- Trabajo en el exterior.

Este beneficio no aplica para el producto VitAllianz.

2.1.7.1 Tiempo máximo de congelamiento continuo.

Periodo de congelamiento	Valor de la prima
Hasta 1 año	Sin cobro de Prima
De 1 a 2 años	Se cobrará el 30% del valor de la prima comercial vigente al momento de realizar el descongelamiento de acuerdo con la edad alcanzada y género del asegurado, para el periodo comprendido entre la fecha de finalización del primer año de congelamiento y la fecha de descongelamiento. El valor a cobrar se calculará a prorrata de la prima anual, en función de la fracción del segundo año congelado.
Más de 2 años	No se otorga el beneficio de congelamiento.

El congelamiento de los beneficiarios amparados o pólizas dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, posterior a la fecha de recibo de la respectiva comunicación de congelamiento y desde el día de salida del país, salvo que se le hayan reconocido siniestros, caso en el cual La Compañía tendrá derecho a exigir el valor total de la prima. No se realizarán congelamientos retroactivos.

2.1.7.2 Requisitos para evaluar el congelamiento:

- Para todos los casos se debe solicitar antes de la salida del país con carta firmada por el tomador de la póliza solicitando el congelamiento y aclarando el motivo y tiempo de permanencia fuera del país.
- Cuando el usuario ya haya salido del país: El usuario tendrá máximo 45 días posterior a su salida para aportar documentos para aplicar congelamiento, el cual se otorgará de la siguiente forma:
 - i. Pólizas individuales: en el siguiente corte de cartera
 - ii. Pólizas Colectivas: aplicando periodo de novedades.
- Congelamiento por estudio, se debe anexar copia de la visa de estudiante.
- Congelamiento por trabajo, se debe anexar carta de la empresa y fotocopia de visa de trabajo.
- Tiempo mínimo de permanencia en la póliza antes del viaje: **6 meses**.

Nota: La Compañía emitirá una comunicación al usuario informando sobre la aceptación o no del congelamiento y condiciones de la continuidad.

2.1.7.3 Requisitos para levantar el congelamiento:

- Diligenciar solicitud de Seguro acorde con proceso de vinculación ideal.
- Soporte de afiliación a EPS régimen contributivo o soporte del ADRES
- Copia del pasaporte en el que conste la fecha de ingreso al país debidamente sellado por el ente de control, o certificado de movimientos migratorios emitido por Migración Colombia, o tiquete aéreo que conste la fecha de ingreso al país
- La solicitud de descongelamiento se debe realizar máximo dentro de los 30 días siguientes al ingreso del asegurado al país.
- Cuando el descongelamiento sea solicitado entre 30 y 60 días posterior a fecha de vencimiento del congelamiento, debe cumplir requisitos de asegurabilidad dentro de los cuales se incluye exámenes por edad y diligenciamiento de la declaración de salud, si el Back office encuentra que todas las preguntas vienen declaradas negativas, no deberá escalar a la Unidad Médica, deberá revisar lista de chequeo de documentos y será el Back quien levante el descongelamiento.
Si declara un antecedente positivo el back remitirá a unidad médica para que evalúe la posibilidad de levantar congelamiento. Si al hacer la evaluación médica, se encuentra que el usuario desarrolló una patología crónica o de

alto costo, la compañía evaluará como ingreso nuevo y podrá no otorgar continuidad y/o se puede llegar a declarar no asegurable

- Si no se realiza el trámite durante este tiempo no se otorgará la continuidad y se ingresará como usuario nuevo.

2.1.7.4 Cálculo Descongelamiento de 1 a 2 años:

Se cobrará a prorrata el 30% del valor de la prima comercial vigente al momento del descongelamiento de acuerdo con la edad alcanzada y género del asegurado, y a partir de ese momento se generará cobro correspondiente a la prima de la póliza.

Ejemplo:

- Primera Vigencia póliza congelada: 01/06/2015-01/06/2016
- Segunda vigencia congelada: 01/06/2016-01/06/2017
- Fecha descongelamiento: 01/11/2016

Se cobrará el 30% del valor de la prima comercial vigente al momento de realizar el descongelamiento y de acuerdo con la edad y género del asegurado para el periodo 01/06/2016-01/11/2016 y a partir de ese momento se generará cobro correspondiente a la prima de la póliza.

En el ejemplo:

- Prima anual \$2.944.100
- Prima por el periodo 01/06/2016-01/11/2016: \$1.226.708 (5 meses)
- 30% Prima por el periodo 01/06/2016-01/11/2016: \$368.012

Se debe emitir un recibo por el valor antes indicado y a partir de este momento se cobra el 100% de la prima que corresponde al producto, edad y género del asegurado.

2.2 Seguros de Salud Individual

2.2.1 Cotizaciones

2.2.1.1 Consideraciones Generales

- Toda cotización estará sujeta a las tarifas comerciales vigentes.
- No se deben cotizar ni ofrecer descuentos adicionales a los establecidos en este documento.
- Toda cotización realizada con las tarifas del presente año debe ser expedida durante ese mismo año para mantener las mismas tarifas. Si se expide en el año anterior, tendrá tarifas del año de expedición.

Nota: La cotización generada por la plataforma Iberosam tendrá una vigencia máxima de 30 días desde la fecha de elaboración. Para el producto VitAllianz, la cotización es en línea con el proceso de compra, donde se visualiza la liquidación y valor de prima por asegurado, por lo que no aplica tiempo de validez.

2.2.1.2 Formas de Pago

- Anual.
- Semestral.
- Trimestral.
- Mensual.

2.2.1.3 Recargas por fraccionamiento

El pago de la primera deberá efectuarse por periodos anuales anticipados. El tomador puede optar por el pago semestral, trimestral o mensual con el recargo de prima correspondiente.

Opción	Factor de fraccionamiento
Mensual	0,0900000
Trimestral	0,2700000
Semestral	0,5400000

2.2.1.4 Está totalmente prohibido.

- Cotizar usuarios vigentes en Allianz.
- Cotizar usuarios con fechas de nacimiento o descuentos errados intencionalmente.
- Cotizar y emitir pólizas de cobertura nacional o internacional para residentes en el extranjero, o para residentes en Colombia que al momento de solicitar la póliza estén en el exterior, esto partiendo del límite de permanencia en el exterior, el cual es 180 días contados a partir de la fecha de última salida del usuario del país y no de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- Suscribir una póliza sin verificar la afiliación vigente de los solicitantes a una EPS del Régimen contributivo de Salud o Régimen Especial de atención (FFMM, Magisterio, Ecopetrol). Debe ser soportado con un certificado emitido por la EPS o por la consulta de ADRES no mayor a 30 días.
- Presentar versiones de cotizaciones manuales no generadas desde el cotizador establecido para tal fin.

2.2.2 Novedades que se pueden realizar a las pólizas

- Para cambios de Tomador en renovación se debe anexar carta del cliente donde confirme dirección, ciudad, teléfono, email, estado civil y profesión.
- En caso de realizar la inclusión de un nuevo asegurado se deberá diligenciar la solicitud de seguro incluyendo el estado de salud y debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad aquí establecidos. Para el producto VitAllianz, no aplican inclusiones de asegurados en póliza vigente, en ese caso el tomador debe tomar una póliza adicional por la plataforma de venta.
- Los cambios de documento de identidad, nombres, direcciones, teléfonos, se podrán efectuar en cualquier momento de la vigencia de la póliza.
- Para el ingreso de bebés nacidos bajo la cobertura de la póliza se deben aportar todos los documentos soporte durante los 60 días siguientes al nacimiento. El ingreso de este menor no genera cobro de prima desde el día de nacimiento hasta el final de la vigencia en la cual nació. Para VitAllianz no aplica la condición de nacido en póliza y como no aplican inclusiones de asegurados en póliza vigente, en ese caso el tomador debe tomar una póliza adicional por la plataforma de venta.

En la renovación de póliza se podrán realizar las siguientes modificaciones, las cuales podrán ser solicitadas hasta 45 días después de inicio de vigencia:

- Cambios de producto o módulo entre el mismo producto.
- Cambio en la forma de pago.
- Cambio de Tomador.

Nota: Los anteriores 3 tipos de modificaciones se harán siempre a la fecha de renovación y en ninguno de estos se considerarán las modificaciones como negocios nuevos y aplicará para la nueva póliza comisión de renovación del producto en el que se encuentre. Estos cambios deben ser solicitados directamente al Back Office a través de los buzones e imágenes descritas en el manual de gestión de aliados disponible en allianz.co

2.2.2.1 Diligenciamiento de solicitud de Seguro para traslados entre productos de Salud Allianz:

Sólo cuando se soliciten traslados de mayor a menor cobertura entre productos de Allianz no se deberá diligenciar la "declaración de estado de salud", sin que eso exonere del diligenciamiento de la solicitud de seguro en PVI.

2.2.3 Anexo de Maternidad en Curso

Este anexo aplica únicamente para las mujeres en etapa gestacional desde la semana 13 y hasta la semana 36 y solo para los productos Allianz Gold Plus a partir del módulo 1 y Allianz Care módulo 4, únicamente con forma de pago Anual. Este anexo le permite adquirir todos los beneficios de bebé nacido en póliza (continuidad de la madre y cobertura de enfermedades congénitas), siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

- Opera para Gold Plus y Care módulo 4.
- El anexo solamente se podrá incluir en pólizas con forma de pago Anual.
- Que no sea un embarazo múltiple (embarazos de dos o más fetos/bebés)
- La asegurada embarazada debe ingresar con otra persona mayor o igual a de 1 año (mayor de 364 días) y menor de 55 años. Los requisitos para la mujer en embarazo son los siguientes:
- Edad, mayor de 18 años y menor de 38 años
- Se acepta solo con edad gestacional mayor de 13 semanas y máximo hasta la semana 36.

Deberá presentar:

- Copia de Historia clínica obstétrica completa y actualizada; en caso de no disponer de ella copia del concepto médico por las consultas de control prenatal de su servicio de salud.
- Ecografías obstétricas (todas las que le hayan realizado, incluyendo la del primer trimestre (la de la semana 11 a 13) y la ecografía de detalle (entre la semana 20 a 24), según aplique
- Elisa para VIH
- VDRL
- Glicemia hasta la semana 24 o Test de O'Sullivan entre la semana 24 y 28
- Cuadro Hemático
- Parcial de Orina
- Inmunoglobulina G para Toxoplasma (*)
- Inmunoglobulina G para Rubeola (*)
- Inmunoglobulina G para Citomegalovirus (*)
- Antígeno de Superficie para el Virus de la Hepatitis B
- (*) Si alguna de estas sale alterada deberá presentar el reporte de Inmunoglobulina M correspondiente.
- Para las mujeres que tengan contratado el anexo de maternidad, no aplicarán periodos de carencia para diagnósticos diferentes aplican los periodos de carencia estándar de producto.
- No se acepta el ingreso de la usuaria embarazada con exclusión de la maternidad y/o con expectativa de compra futura de anexo.
- La prima del anexo de maternidad opera de la siguiente manera:
- Embarazos que estén entre la semana 13 y hasta la semana 24 tiene un costo de \$10.500.000+ IVA del 5%
- (No se puede fraccionar).
- Embarazos a partir de la semana 24 + 1 día y hasta la semana 36 tiene un costo de \$15.200.000 + IVA del 5% (No se puede fraccionar)
- El plazo de pago del anexo de maternidad estará sujeto a la fecha de inicio de la póliza, es decir si es retroactiva tendrá un plazo de 8 días, si no lo es, tendrá un plazo de 30 días.
- Los gastos atendidos por este anexo serán solo en el territorio nacional y en la red Allianz.

Nota: Si se superan los periodos de plazo para el pago del documento de cobro del anexo de maternidad, se bloquearán todos los servicios de la póliza por mora, así la póliza matriz ya estuviera recaudada.

2.2.4 Revigorizaciones

Para el producto VitAllianz, ramo 206, no aplican revigorizaciones, para los demás ramos aplican las siguientes condiciones y lineamientos:

El cliente siempre deberá anexar carta de solicitud de revigorización y soporte de afiliación a régimen contributivo de EPS.

Para cualquier póliza cancelada por barredora, el back de cartera revigorizará pólizas que cumplan las siguientes condiciones:

- I. El cliente ha realizado pagos intercalados y el proceso de anulación automática ha anulado la póliza y el cliente desea continuar con el seguro.
- II. Por anulación manual errónea, no requiere visto bueno.

Se entiende por Revigorizaciones por primera vez, para pólizas nuevas, aquellas donde el tiempo transcurrido entre la anulación automática (barredora) y la solicitud de revigorización, sea menor a 15 días calendario. Y Primer vez para negocios ya renovados, se refiere a aquellos que no hayan sido revigorizados en los últimos 18 meses, desde la fecha de anulación.

Las pólizas que no cumplan con los anteriores requisitos deben ser revigorizadas por el back de salud de acuerdo con los lineamientos que se describen en los siguientes numerales.

2.2.4.1 Pólizas canceladas por mora no financiadas

- Se revigoriza de acuerdo con el criterio del gerente sucursal y delegado técnico de cada regional dependiendo los días transcurridos desde la cancelación y según los niveles de delegación correspondientes.
- El compromiso de pago del cliente debe ser de máximo 5 días hábiles, en caso de no cumplirse el compromiso la póliza será nuevamente cancelada.
- Cartera envía un reporte semanal de las pólizas de las cuales se debió cancelar por el proceso de la barredora y no se canceló (puede ser ampliaciones o revigorizaciones) a los gerentes regionales copiado a la Gerencia de Salud para que se realice seguimiento del pago en el menor tiempo posible de los clientes que se les amplió el plazo de pago.
- No se otorgan revigorizaciones por segunda vez.

2.2.4.2 Pólizas canceladas por mora financiadas

Las financieras van a enviar los listados de las pólizas próximas a cancelar para poder intentar recuperar las cuotas en mora antes de la cancelación.

- a. Las solicitudes de revigorización de pólizas con financiación canceladas por mora en el pago deben ser revisadas caso a caso, para contemplar las consideraciones pertinentes según el perfil del cliente y determinar la fecha de la revigorización (Fecha inicio Negocio Nuevo), fecha desde la cual se otorga la continuidad de la vigencia, hábito de pago del cliente; antigüedad; nexos comerciales, etc...
- b. Los delegados y el Gerente de sucursal deben evaluar las casuísticas con el cliente (puede que la tarifa genere diferencias según los meses pendientes para fin de vigencia de la anterior, y la nueva vigencia de la póliza por revigorización). En caso de determinarse la "revigorización" de la póliza, debe siempre generarse como Negocio Nuevo, con comisión de renovación y nota de "Póliza Revigorizada" para su control.

En todos los casos, se debe adjuntar comunicación del tomador de la póliza en la que acepta la emisión de una nueva póliza bajo las condiciones comerciales vigentes del producto y se compromete con el recaudo del recibo una vez generado en un plazo no mayor a 5 días hábiles.

2.2.5 Descuentos

Los siguientes descuentos son los únicos autorizados, los descuentos en porcentaje no son acumulables y aplican de acuerdo con las condiciones aquí descritas. Los descuentos aplican sobre la prima básica de cada asegurado y no se aplican sobre los anexos. Así mismo, el equipo técnico podrá evaluar la solicitud de descuento, y tras realizar el análisis técnico, podrá dar el concepto de aceptación o rechazo de la solicitud.

Producto / Descuento*	Allianz Plus	Allianz GoldPlus	Allianz Care	VitAllianz
Fidelización Salud Total	N.A	\$36.000 anuales por persona	N.A	N.A
Médico Adscrito y su grupo familiar (Con o sin Asesor). El médico debe ser incluido como beneficiario de la póliza y aplica solo para proveedor bajo persona natural.	20% con comisión del 10%	20% con comisión del 10%	10% con comisión del 10%	N.A

*No se aplicarán descuentos adicionales a los anteriormente establecidos. (Descuentos comerciales, descuentos por TRM, descuentos por pronto pago).

Para todos los casos, no se otorgará ningún descuento a solicitantes con los siguientes antecedentes:

- Usuarios con antecedentes médicos de: Enfermedades crónicas degenerativas no recuperables o de alto riesgo
- Enfermedades del colágeno (Lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple),
- Enfermedades psiquiátricas crónicas
- Síndrome de Down o patologías congénitas severas,
- Discapacidad severa con secuelas físicas y/o neurológicas no recuperables,
- VIH - SIDA,
- Enfermedades cerebro vasculares o sus secuelas,
- Cáncer activado o tratado,
- Enfermedades renales, hepáticas o cardíacas crónicas, diabetes, aun cuando hayan sido aparados en la cobertura anterior.
- Usuarios con maternidades en curso.
- Usuarios con extraprimas cuya sumatoria supere el 50%.
- Los usuarios mayores de 60 años.
- Traslados a pólizas individuales de cuentas colectivas que, no hayan cumplido el mínimo requerido de usuarios o que por lineamiento técnico se determine que el descuento no es aplicable.

2.2.6 Comisiones

Las comisiones son las establecidas para cada canal tanto para negocio nuevo como para renovaciones de acuerdo con la edad de los asegurados, como se detalla a continuación:

		MENORES DE 60 AÑOS		MAYORES DE 60 AÑOS	
Ramo	Descripción Ramo	% Negocio Nuevo	% Renovación	% Negocio Nuevo	% Renovación
201	Gold	N.A	15%	N.A	10%
202	Care	13%	10%	8%	5%
203	Plus	20%	20%	15%	15%
204	Plus Pesos	N.A	15%	N.A	10%
205	Gold Plus	17%	15%	12%	10%
206	VitAllianz	10%	10%	10%	10%

2.2.7 Aspectos transversales

- El cambio de intermediario debe cumplir el proceso estipulado en el manual de la compañía.
- El proceso de conocimiento del cliente y diligenciamiento de declaración de seguro es el estipulado por Allianz para vinculación ideal, bajo PVI y acorde con lo estipulado en [Circular Gobernanza para la vinculación y conocimiento de clientes](#)

2.3 Seguros de Salud Colectivo

Las directrices de la presente guía se definieron tomando como base los contratos vigentes de reaseguro, las SOP (Standard Operating Process) y Allianz Functional Rules for Life & Health Underwriting.

2.3.1 Definiciones

- Cuenta Colectiva de Beneficio: Negocios en los que el aporte del tomador sobre la prima del asegurado principal es mayor o igual al 60%.
- Cuenta Colectiva Voluntario: Negocios en los que el aporte del tomador sobre la prima del asegurado principal es menor al 60%.
- Cuenta Colectiva Mixta: Negocios en los que el aporte del tomador sobre la prima del asegurado principal es mayor o igual al 60% y el de los dependientes es menor al 60%, o viceversa.
- Cuenta Colectiva agrupadora: Negocios en los que el Grupo Asegurable es conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma Personería Jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza, y cuyo vínculo se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Salud, y el grupo se constituye por la póliza y no la póliza como complemento del grupo.

2.3.2 Cotizaciones

2.3.2.1 Pautas específicas para la suscripción de Grupos

La estrategia de suscripción para el negocio de Colectivos debe comprender dos dimensiones principales para asegurar carteras rentables y sostenibles.

- La adecuada tarificación de pólizas colectivas.
- Definición de estrategia de suscripción médica para colectivos.

2.3.2.2 Fijación de Precios de los Planes Colectivos

La tarea del suscriptor en fijar precios de colectivos es estimar adecuadamente el riesgo global del grupo a asegurar. Al estimar este riesgo global, es importante diseñar un esquema que evite la anti selección por parte de los individuos dentro de un grupo. De tal modo que deben respetarse los siguientes principios:

- a) El seguro debe ser complementario a la existencia del grupo.
- b) Los criterios para ser un grupo deben estar documentados y definidos.
- c) Cualquier grupo que no cumpla los criterios de grupo definidos debe ser evaluado como riesgo individual
- d) Existe una definición clara de los criterios de elegibilidad de los empleados (y de sus familiares, si procede)
- e) La determinación de los beneficios por miembro no debe ser a discreción del empleado
- f) Debe existir una base clara para determinar el nivel de cobertura por empleado
- g) El nivel de cobertura puede ser el mismo para todos los empleados o puede ser en función del rango del empleado (por ejemplo, personal de planta, directivo, ejecutivo, etc), salario, años de empleo o una combinación de estos factores
- h) La fijación de precios debe llevarse a cabo con un modelo de precios probado y aceptado en el que se tengan en cuenta los criterios mínimos (Anexo 2 ítem, información mínima requerida para cotizar)

2.3.2.3 Apetito de Riesgo

Toda cotización de planes Colectivos debe ser manejada de acuerdo con los niveles de autoridad otorgada a los delegados de cada Gerencia Regional y bajo las siguientes premisas de apetito de riesgo:

- ALTO: Cuentas de beneficio o mixtas con un número superior de 30 asegurados.
- MEDIO: Cuentas voluntarias con población concentrada entre 0 a 60 años y con un número superior a 30 asegurados.
- BAJO: Cuentas con número de asegurados menores a 30 y con un porcentaje de personas mayores de 60 años mayor al 8%. Pólizas en dólares.

No son parte del apetito de riesgo de la compañía, los negocios colectivos con las siguientes características:

- Entidades Agrupadoras o Pólizas con facturación por aplica, tomador indiferente y vencimiento libre.
- Asociaciones de Pensionados
- Pólizas innominadas
- Grupos o pólizas cuyo porcentaje de participación de mayores de 60 años sobre el total del grupo sea superior al 8%
- Cuentas con las siguientes coberturas o condiciones técnicas:
 - ✓ Cero deducibles o deducibles diferenciales en proveedores
 - ✓ Cobertura de preexistencias
 - ✓ Coberturas no homologables a nuestro sistema y modelo operativo, por ejemplo "Altos costos o gasto mayor"
 - ✓ No períodos de carencia
 - ✓ Ampliación o modificación de coberturas. Ejemplo: Oxígeno domiciliario por más de quince días

2.3.3 Suscripción Médico Técnica

La suscripción médica en el negocio Colectivo debe ser por principio bajo los requisitos aplicables a todos los ramos indicados en el ítem 2.1 del presente documento. Cualquier desviación de las directrices debe ser justificada y aprobada de acuerdo con los niveles de autoridad.

A continuación, las directrices de suscripción específicas:

- Estos planes se estructuran de acuerdo con las necesidades de cada cliente y el perfil de los asegurados para el que se solicita el seguro.
- El grupo mínimo para cotizar un negocio Colectivo es de **15** asegurados al momento de apertura del colectivo. Así mismo es el número mínimo requerido para renovar una cuenta colectiva.
- Cualquier ingreso nuevo en un producto colectivo existente debe cumplir con las políticas de suscripción descritas en este documento, exceptuando aquellos en los que el colectivo tenga una condición especial autorizada en cuanto a requisitos de asegurabilidad.
- En Pólizas colectivas, las novedades (ingresos y retiros) deben cumplir con los periodos de novedades establecidos por la Compañía.
- Las pólizas colectivas de alimentación con menos de 50 usuarios deben ser cotizadas bajo los facilites dispuestos por la gerencia con producto totalmente homologable a los disponibles en el portafolio de salud individual.
- Toda cotización de una póliza o contrato colectivo debe indicar su validez (60 días contados a

partir de la fecha de su elaboración).

- Si la cotización tiene anexos, estos deben ser obligatorios para todo el grupo familiar elegible que se va a asegurar.
- Los otorgamientos de anexo de maternidad en pólizas colectivas se harán únicamente en aquellas de beneficio y por solicitud expresa del tomador y con autorización del Delegado Regional de Salud y cumpliendo todos los requisitos médicos.
- De ninguna forma se otorgan retornos o sobre comisiones diferentes a los establecidos en el ítem “ comisiones productos de salud”

2.3.3.1 Elegibilidad de los dependientes

Como el seguro de dependencia es casi siempre voluntario, existe un mayor nivel de potencial anti selección, por lo que para aquellas cuentas que sea comercial y técnicamente viable, se pueden estructurar los beneficios de las personas a cargo por separado al fijar el precio del grupo.

2.3.4 Renovaciones

Las condiciones de renovación de negocios colectivos vigentes, serán determinadas por el delegado de Salud de cada Regional, aun cuando la definición del incremento en primas y/o condiciones técnicas del negocio estén por fuera del nivel de delegación entregado por la Gerencia de Salud; en cuyo caso, las condiciones serán analizadas, determinadas por el delegado y posteriormente escaladas a la Gerencia de Salud para el respectivo aval.

- Toda propuesta de renovación deberá ser entregada al corredor/asesor con mínimo 45 días de antelación a la fecha de vencimiento. Las condiciones de renovación, así como los incrementos en tarifas, coberturas y deducibles a presentar, se deben realizar con base en la siniestralidad acumulada del cliente en los 12 meses anteriores a la fecha de presentación de la propuesta, o según lo indicado por la Gerencia en caso de alguna contingencia.
- El grupo mínimo para renovar un negocio Colectivo es de 15 asegurados, aquellos negocios que no cumplan con el mínimo de asegurados para conformar el colectivo, no será renovada y/o deben ser trasladados a negocios individuales con la tarifa comercial vigente y bajo las condiciones que el área técnica determine

2.3.5 Comisiones

Las comisiones son las establecidas para cada canal tanto para negocio nuevo como para renovaciones de acuerdo con la edad de los asegurados, como se detalla a continuación:

Ramo	Descripción Ramo	% Negocio Nuevo
210	Salud Colectivo	10%
211	Salud Colectivo Dólares	10%
212	Salud Colectivo Plus Pesos	10%

2.3.6 Revigorizaciones

El cliente siempre deberá anexar carta de solicitud de revigorización. En colectivas, el gerente de sucursal solo puede dar visto bueno sobre cabezote, no sobre aplicas

- Se revigoriza de acuerdo con el criterio del gerente de sucursal y del delegado técnico de cada regional dependiendo los días transcurridos desde la cancelación según los niveles de delegación correspondientes.
- Para revigorizaciones de aplicas se revigoriza, únicamente, de acuerdo con el criterio del delegado técnico.

2.4 Seguro Odontológico

La suscripción del Seguro Odontológico está sujeto a un colectivo de mínimo 15 asegurados, el cual debe establecerse previo a la aceptación de las condiciones por parte del Tomador.

2.4.1 Edades de Ingreso Producto Odontológico

Productos	Edad de Ingreso	Edad de Permanencia
Seguro Odontológico	Ilimitada	Ilimitada

*Nota: Límite de edad para cobertura de ortodoncia: 25 años.

2.4.2 Personas Aseguradas

Será asegurable cualquier persona (de acuerdo con lo definido en ítem "Edades de Ingreso Productos Odontológico", previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad descritos en este documento.

2.4.3 Requisitos de Asegurabilidad.

Requisito	¿Quiénes deben presentar este requisito?
Declaración Salud	Debe ser diligenciada completamente por todos los solicitantes del seguro, inclusive cuando se soliciten traslados de menor a mayor cobertura entre productos de Allianz o solicitudes de continuidad de otras compañías.

Nota 1: Adicionalmente la Compañía podrá solicitar copias de historia clínica o valoración médica especializada, en los casos que de acuerdo con la evaluación médica así lo considere. (Incluso para asegurados con Continuidad).

2.4.4 Cotizaciones.

2.4.4.1 Fijación de Precios de los planes Colectivos Seguro Odontológico.

El suscriptor debe tarifar de acuerdo con las tarifas estipuladas para cada plan dependiendo si es Beneficio o Voluntario, las cuales se sustentan las siguientes premisas:

- El seguro debe ser complementario a la existencia del grupo
- Los criterios para ser un grupo deben estar documentados y definidos
- Cualquier grupo que no cumpla los criterios de grupo no podrá ser suscrito bajo ramo 213 Odontológico
- Existe una definición clara de los criterios de elegibilidad de los empleados (y de sus familiares, si procede)
- La determinación de los beneficios por miembro no debe ser a discreción del empleado

2.4.4.2 Apetito de riesgo

Toda cotización de planes Colectivos debe ser manejada de acuerdo con los niveles de autoridad otorgada a los delegados de cada Gerencia Regional.

No se cotiza en ningún caso negocios de Seguro Odontológico para:

- Entidades Agrupadoras o pólizas con facturación por aplica y tomador indiferente

2.4.4.3 Suscripción

La suscripción médica en el negocio Colectivo de Seguro Odontológico debe ser por principio bajo los requisitos aplicables al ramo Odontológico descritos en el ítem 2.4 del presente documento. Cualquier desviación de las directrices debe ser justificada y aprobada de acuerdo con los niveles de autoridad.

A continuación, las directrices de suscripción específicas:

- Estos planes se estructuran siempre bajo los módulos vigentes de comercialización para el ramo 213.
- El grupo mínimo para cotizar un negocio Colectivo es de 15 asegurados al momento de apertura del colectivo.
- Toda cotización de una póliza o contrato colectivo debe indicar su validez (60 días contados a partir de la fecha de su elaboración).
- De ninguna forma se otorgan retornos o sobre comisiones diferentes a los establecidos en el ítem "comisiones"

2.4.5 Renovaciones

Las condiciones de renovación de negocios colectivos vigentes serán determinadas por la Gerencia de Salud, quien remitirá al delegado de Salud de cada Gerencia Regional, las tarifas correspondientes para la cuenta a renovar.

Toda propuesta de renovación deberá ser entregada al corredor/asesor con mínimo 45 días de antelación a la fecha de vencimiento.

2.4.6 Comisiones

Las comisiones son las establecidas para cada canal tanto para negocio nuevo como para renovaciones de acuerdo con la edad de los asegurados, como se detalla a continuación:

Ramo	Descripción Ramo	% Negocio Nuevo	% Renovación
213	Seguro odontológico	10%	10%

3. Información del Documento

3.1 Modificaciones y actualizaciones

Fecha Última Modificación	Modificado por	Modificaciones
---------------------------	----------------	----------------

Internal

01/01/2015	Sebastián Ricardo Vargas	Políticas traslados pólizas nacionales a internaciones. Punto 5.4; Punto 5.1; Punto 5.2; Punto 2; Punto 8.1; Punto 9; Punto 7.
19/05/2015	Sebastián Ricardo Vargas	Eliminación Comisión diferencial. Punto 11.3 Ajuste anexo de Maternidad. Se eliminan años específicos contenidos dentro de las políticas.
19/01/2016	Sebastián Ricardo Vargas	Modificación numeral 1.1-edades de ingreso
01/01/2015	Angélica Yepes Ramírez	Modificaciones comisiones número 11.1 y 11.2
27/06/2016	Angélica Yepes Ramírez	Modificaciones Numeral 2 Declaración de Salud y Examen Médico
03/01/2017	Angélica Yepes Ramírez	Modificaciones Numeral 2.1 Exámenes Paraclínicos Modificaciones Numeral 5.2 Productos de los cuales se otorga este beneficio. Modificaciones Numeral 5.3 Pólizas Colectivas Allianz MedicAll Colectivo Modificaciones Numeral 6.1 Pólizas Colectivas Allianz MedicAll Colectivo Modificaciones Numeral 7 Descuentos Modificaciones Numeral 8.1 Cuando diligenciar solicitud de traslados entre productos de Salud Allianz Modificaciones Numeral 9 Anexo de Maternidad en Curso Nuevo numeral 10.3 Calculo descongelamiento de 1-2 años
04/09/2017	Angélica Yepes Ramírez	Nuevo Numeral 12 Modificaciones Pólizas Salud Modificación numeral 1.1 Edades de Ingreso Modificación numeral 2. Requisitos de Asegurabilidad: EPS y examen Médico Modificación numeral 3 Extraprimeras Modificación numeral 7 Descuentos Modificación numeral 9 Anexo de maternidad en curso Modificación numeral 10.2 Requisitos para levantar el congelamiento Modificación numeral 10.3 Calculo descongelamiento de 1 a 2 años Modificación numeral 12 Proceso modificación Pólizas de Salud
28/12/2017	Luis Fernando Montoya	Modificación numeral 1.1 "Edades de Ingreso Productos de Salud" Se modifican condiciones para menores de 3 años Modificación numeral 1.3 "Personas no asegurables en un seguro de Salud" Se incluye la Hemofilia Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad": Examen Médico Aclaración para menores de 1 año y Exámenes Paraclínicos se modifica el criterio de IMC pasando de 28 a 30 Modificación numeral 3 "Extraprimas": Se elimina IMC entre 28-30 y se actualizan condiciones para retiro de extraprimeras Modificación numeral 5.1 "Requisitos para otorgar continuidad": se eliminan numerales 1 y 4 y se amplían días a 60 Modificación numeral 6 "Cotizaciones": Se eliminan viñetas 4 y 5 Modificación numeral 7 "Descuentos": Se aclara que el médico y el partícipe del fondo deben asegurarse en la póliza y se modifica la redacción de la condición para embarazos en curso. 8 "Novedades que se pueden realizar a las pólizas: Se Modificación numeral modifica texto en segunda viñeta (eliminación condiciones) Modificación numeral 9 "Anexo de Maternidad en Curso: Se incluye que no aplica para embarazos múltiples y se actualiza el costo del anexo para el 2018

22/03/2019	Luis Fernando Montoya, Adriana Calderón y Rubén Ramírez	Modificación numeral 1.1. "Edades de Ingreso Productos de Salud", se elimina el acompañamiento de solicitantes de 60 años o más, y menores de 1 año para el producto MedicAll Colectivo. Modificación numeral 1.2. "Personas Asegurables", se elimina requisito de renovación del grupo completo que viene cubierto. Modificación numeral 1.2. "Personas Asegurables", se aclara que frente a retiros parciales, los menores de 1 año deben permanecer acompañados. Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se actualiza el proceso de envío de documentación en caso de bloqueo. Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se extiende la validez de los exámenes médicos y paraclínicos a 6 meses; y de citología vaginal, mamografía y ecografía pélvica a 2 años. Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se incluye el examen de hemoglobina Glicosilada para los solicitantes con IMC$\geq$30 y con Hipertensión Arterial. Modificación numeral 5.1. "Requisitos para otorgar continuidad" Se elimina el requisito de traslado de todo el grupo familiar. Modificación numeral 7. "Descuentos" se aclara que las solicitudes de descuento son evaluadas por el equipo técnico para asegurar el cumplimiento de políticas. Modificación numeral 7. "Descuentos" se incluyen las condiciones de otorgamiento de descuento para Grupo Familiar. Modificación numeral 7. "Descuentos" se reduce el porcentaje de sobreprimas máximo para otorgamiento de descuentos a 50%. Modificación numeral 7. "Descuentos" se aclara que el descuento de traslado de colectivo a individual no aplica para los colectivos no constituidos. Modificación numeral 8. "Novedades que se pueden realizar a las pólizas para ingreso de bebés, se amplía la presentación de documentación a 60 días. Se aclara que las novedades deben ser solicitadas al Back Office. Modificación numeral 9. "Anexo de Maternidad" se actualizan exámenes a ser presentados. Modificación numeral 9. "Anexo de Maternidad" se actualiza la prima del anexo. Modificación numeral 10. "Congelamiento de la Póliza" se modifica la redacción para mejor el entendimiento. Modificación numeral 10.2. "Requisitos para levantar el congelamiento" se amplían las opciones para cumplir requisito de comprobación de ingreso al país. Modificación numeral 12. "Proceso modificación Pólizas Salud" se elimina.
30/04/2019	Luis Fernando Montoya, Adriana Calderón Rubén Ramírez	Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se amplía el plazo a 60 días para la realización y entrega del examen médico para los bebés nacidos bajo la cobertura de la póliza. Modificación numeral 5.1. "Requisitos para otorgar continuidad" Se aclara que para otorgamiento de continuidad, se elimina el requisito de traslado de todo el grupo familiar cuando los usuarios provengan de productos de salud distintos a los de Allianz. Modificación numeral 8. "Novedades que se pueden realizar a las pólizas" y numeral 5.3. "Continuidad y cambios entre productos de Salud Allianz" En renovación de pólizas se amplía el plazo a 45 días para solicitar modificaciones de cambio de producto o módulo, cambio en forma de pago y cambio de tomador. Modificación numeral 8.1 "Novedades que se pueden realizar a las pólizas" Se aclara que solo para cambios de producto o módulo de menor a mayor cobertura es necesario el diligenciamiento de la solicitud de seguro.

03/11/2020	Adriana Lucia Castro Cardona, Juan Pablo Perez, Adriana Calderon	Documentación del procedimiento general de suscripción de salud con roles y responsabilidades de todos los funcionarios y usuarios involucrados en las actividades de suscripción y comercialización de pólizas de salud individual y colectivos con nivel de autoridad o de delegación otorgada por la Gerencia Técnica de Salud Documentación de la composición del portafolio en individual y colectivo, con detalle de los procesos, delegación y nivel de autoridad asociado a éstos Del documento Guías Técnicas de suscripción Se unifican Guías de productos con cobertura nacional con los productos de cobertura internacional. Inclusión numeral "Composición portafolio línea de salud" indicando los ramos pertenecientes a la línea. Modificación numeral "Personas Asegurables" se relacionan las condiciones de salud declaradas por el cliente que el intermediario tiene la potestad de digitar en el sistema bajo respuesta negativa para que la emisión sea estándar. Modificación numeral "Requisitos de asegurabilidad", se añade lineamientos de suscripción, donde, se permitirá el diligenciamiento del formato de asegurabilidad de Salud sin firma, cuando exista alguna circunstancia definida por la gerencia de Salud que, impida el procedimiento de suscripción estándar establecido. Modificación numeral "Requisitos de asegurabilidad" – Valoración Médica de Riesgo (antes llamada examen médico), se elimina para menores de un año, y para los menores de un año no nacidos en póliza, o nacidos en póliza que se afilien después de los 60 días, únicamente cuando declaren antecedentes positivos debe presentar valoración del recién nacido, epicrisis en caso de hospitalización y/o historia clínica pediátrica; por otro lado, se amplían edad límite a la que se aplica valoración médica de riesgo, de 50 a 55 años y límite de IMC de 30 a 33, para todos los productos. Modificación Numeral "Requisitos de asegurabilidad" - Se implementa como requisito para usuarios de 50 años hasta 54 años y 364 días únicamente copia de historia clínica o copia de reportes de exámenes, según lo declarado en el cuestionario de salud. Modificación Numeral "Requisitos de asegurabilidad" -Exámenes Paraclínicos, se eliminan la radiografía de tórax y la hemoglobina glicosilada de los requisitos de asegurabilidad; Usuarios con HTA pueden afiliarse presentando historia clínica con controles recientes o valoración médica. Numeral "Continuidad y cambios entre productos de Salud Allianz (Aumento o disminución de producto y módulo)", se añade que, para continuidad de traslados de Plus a Plus Pesos podrán efectuarse solo si el deducible global es de COP \$ 40.000.000. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo con la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada. Se añade para portafolio de individual ítem con descripción del proceso de cotizaciones donde se plasman las formas de pago, los recargos por fraccionamiento aplicables a los productos y las conductas prohibidas asociadas al proceso. Numeral "Anexo de maternidad en curso", se elimina como requisito frotis de flujo vagina, detalle de la ecografía obstétrica necesaria dependiendo de la etapa gestacional, y se actualiza el examen de glicemia para maternas entre la semana 24 y 28 es el test de O'Sullivan o prueba de tolerancia oral a la glucosa, para las demás la glicemia de ayuno. Se actualiza valor.
------------	--	--

		Numeral "Requisitos para levantar el congelamiento", Cuando el descongelamiento sea solicitado entre 30 y 60 días posterior a fecha de vencimiento del congelamiento, debe cumplir requisitos de asegurabilidad, dentro de los cuales se incluyen exámenes por edad y diligenciamiento de la declaración de salud. Si el Back Office encuentra que todas las preguntas vienen declaradas negativas, no deberá escalar a la Unidad Médica y deberá revisar lista de chequeo de documentos y será el Back quien levante el descongelamiento. De existir declaración positiva, se escala a Unidad Médica para determinar continuidad y asegurabilidad. Numeral "Descuentos" se elimina el descuento por simultaneidad de afiliación al FVP. Numeral "Revigorizaciones", se estipulan condiciones para otorgarlas. Numeral "Comisiones", se plasman las comisiones aplicables a cada ramo. Se añade para portafolio de colectivos ítem con descripción del proceso de cotizaciones donde se estipulan el apetito de riesgo. Se añade portafolio de Seguro Odontológico con personas asegurables y requisitos de asegurabilidad.
20/04/2021	Adriana Calderon, Aura María Del Castillo Jiménez	Modificación numeral 2.1.2 Personas Asegurables, de acuerdo con los cambios efectuados en el cuestionario médico en Iberosam y en la solicitud de seguro, se relacionan las condiciones de salud declaradas por el cliente que el intermediario tiene la potestad de digitar en el sistema bajo respuesta negativa para que la emisión sea estándar, indicando el nuevo texto correspondiente a cada pregunta que tenía el cuestionario de la versión anterior. Modificación numeral 2.2.2 Novedades que se pueden realizar a las pólizas, acorde con el manual de aliados, se elimina el diligenciamiento de la solicitud de seguro para el cambio de tomador, y se reemplaza el requisito por una comunicación del cliente donde confirme dirección, ciudad, teléfono, email, estado civil y profesión. Modificación numeral 2.2.4.3 "Requisitos para levantar el congelamiento", acorde con el manual de aliados, se elimina como requisito Copia de la comunicación enviada por la Compañía aceptando el congelamiento.
01/11/2022	Aura María Del Castillo Jiménez	Modificación numeral 2.1.2 Personas Asegurables, se amplía la edad límite de ingreso a 59 años con 364 días. Adicionalmente, Se elimina acompañante para mayores de 60 años en productos de Salud Individual. Modificación numeral 2.1.4 Requisitos de asegurabilidad, par solicitantes entre 60 y 69 años más 365 días aplica valoración médica de ingreso y paraclínicos, así traiga continuidad de otra compañía. Modificación numeral 2.1.6. Continuidad del inciso 2.1.6.2. Requisitos para otorgar continuidad, se modifica edad sobre la que se exigen listado de utilidades como anexo al certificado de antigüedad y preexistencias, pasando de 50 a 55 años. Y del inciso 2.1.6.3. Productos de los cuales se otorga este beneficio, se amplía edad de solicitantes a los que no se les otorga este beneficio, pasando de 60 a 69 años, con realización de exámenes. Modificación numeral 2.2.3 Anexo de Maternidad en Curso, se modifica el valor del anexo. Modificación numeral 2.2.5 Revigorizaciones, se añade condiciones sobre las que el back de cartera puede revigorizar pólizas canceladas por barredora.
15/06/2023	Aura María Del Castillo Jiménez	Modificación numeral 2.2.1.3 recargas por fraccionamiento, se actualizan recargos aplicables a las formas de pago distintas a anual.
17/01/2024	Adriana Lucia Castro Cardona Aura María Del Castillo Jiménez	Modificación numeral 2.1.1 "Edades de ingreso productos de salud", se actualizan requisitos de asegurabilidad para menores 10 años (de 364 días o menos), deberán estar acompañados cada uno por un asegurado mayor o igual a 10 años y menor de 55 años, en caso contrario, deberán ser evaluados médicamente para determinar su vinculación sin acompañante.
22/04/2024	Aura María Del Castillo Jiménez	Modificación numeral 2.1.1 "Edades de ingreso productos de salud", se actualizan requisitos de asegurabilidad para menores 10 años (de 364 días o menos), deberán estar acompañados cada uno por un asegurado mayor de edad y menor de 55 años, Modificación numeral 2.1.5 "Extraprimas", Modificación tabla de extraprimas por descripción de uso de herramienta de suscripción. Modificación numeral 2.1.6.2 "Requisitos para otorgar continuidad", se actualizan requisitos, se incluye como requisito el certificado de utilidades.

		Modificación numeral 2.1.6.3 "No se otorga continuidad para las siguientes Condiciones" No se convalidarán continuidades con Planes de Atención Complementaria (PAC).
19/07/2024	Adriana Lucia Castro Cardona, Aura María Del Castillo Jiménez	Del documento del procedimiento general de suscripción de salud y el anexo guías técnicas de suscripción se modifican numerales que mencionan ramos para incluir ramo 205 (Gold Plus) el cual unifica ramos 201 (Gold) y 204 (Plus Pesos)
06/05/2025	Adriana Lucia Castro Cardona, Aura María Del Castillo Jiménez	Del documento del procedimiento general de suscripción de salud y el anexo guías técnicas de suscripción se modifican numerales que mencionan ramos para incluir ramo 206 – VitAllianz.
01/12/2025	Nurya Macique Llerena, Aura María Del Castillo Jiménez Adriana Calderón	- Modificación numeral 2.1.1 "Edades de ingreso productos de salud", se actualizan requisitos de asegurabilidad para menores 10 años (de 364 días o menos), deberán estar acompañados cada uno por un asegurado mayor de edad y menor de 55 años, la edad se disminuye a 5 años. - Modificación numeral 2.1.4. Requisitos de asegurabilidad, Se ha ampliado el límite del Índice de Masa Corporal (IMC) de 33 a 35, sobre el cual se aplicarán valoraciones y exámenes. Además, se ha eliminado la exigencia de exámenes para personas con hipertensión. - Modificación numeral 2.1.5. Extra primas, Se añade una condición para disminuir la extra prima hasta un 3% para asegurados que se adhieran efectivamente a programas de gestión de riesgo, aplicable una vez durante la póliza. - Modificación numeral 2.2.5. Descuentos. Se eliminan descuento por grupo familiar y por traslado de colectivo a individual. (Esta modificación aplica desde enero de 2026). - Modificación numeral 2.2.6. Comisiones, se disminuye comisión de negocio nuevo en Gold Plus y Care. (Esta modificación aplica desde enero de 2026).
01/07/2026	Aura María Del Castillo Jiménez Andrea Gómez García-Herreros	Del documento del procedimiento general de suscripción de salud y el anexo 1 - Guías técnicas de suscripción, numeral 3.3 Requisitos de asegurabilidad, se añade referencia de la gobernanza que rige el conocimiento del cliente para vinculación

Clasificación: Interno.

Autorización:

El contenido de este documento ha sido revisado y aprobado de la siguiente manera:

Válido desde	Aprobado por Gerencia Técnica de Salud
01/07/2026	Andrea Gómez García-Herreros

LO NO ESTIPULADO EN ESTA CIRCULAR, DEBERÁ SER EVALUADO, ANALIZADO Y AUTORIZADO POR LA GERENCIA NACIONAL DE SALUD.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS DISPOSICIONES ACARREARÁ SANCIONES DISCIPLINARIAS CONTEMPLADAS EN EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO.