

**GUÍAS TÉCNICAS DE SUSCRIPCIÓN SALUD.  
PRODUCTOS MEDICAL COBERTURA NACIONAL E  
INTERNACIONAL**

**VICEPRESIDENCIA DE LÍNEAS PERSONALES  
GERENCIA NACIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN NACIONAL DE SUSCRIPCIÓN SALUD**

**ESTE DOCUMENTO ESTÁ CLASIFICADO COMO INTERNO Y SÓLO ES VÁLIDO EN  
FORMATO ELECTRÓNICO. EN FORMATO IMPRESO NO TIENE VALIDEZ.**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Publicado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Gerencia Nacional de Salud Dirección Nacional Suscripción Salud Unidad Médica de Suscripción Salud	Gerencia de Salud	Adriana Lucia Castro Cardona

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. COMPOSICIÓN PORTAFOLIO LINEA DE SALUD .....</b>	<b>4</b>
1.1 Allianz MedicAll Individual.....	4
1.2 Allianz MedicAll Colectivo.....	4
<b>2. GUIAS TÉCNICAS DE SUSCRIPCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Aplica para todos los ramos de Salud .....</b>	<b>5</b>
2.1.1 Edades de Ingreso Productos de Salud.....	5
2.1.2 Personas Asegurables.....	5
2.1.3 Personas no asegurables en un seguro de Salud.....	8
2.1.4 Requisitos de Asegurabilidad.....	9
2.1.5 Extraprimas.....	14
2.1.6 Continuidad.....	16
<b>2.2 MedicAll Individual .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Cotizaciones.....	21
2.2.2 Novedades que se pueden realizar a las pólizas .....	22
2.2.3 Anexo de Maternidad en Curso.....	23
2.2.4 Congelamiento de la Póliza.....	24
2.2.5 Revigorizaciones.....	26
2.2.6 Descuentos.....	27
2.2.7 Comisiones .....	28
<b>2.3 MedicAll Colectivo.....</b>	<b>29</b>
2.3.1 Definiciones.....	29
2.3.2 Cotizaciones.....	29
2.3.3 Renovaciones.....	31
2.3.4 Comisiones .....	32
2.3.5 Revigorizaciones.....	32
<b>2.4 Seguro Odontológico .....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Edades de Ingreso Producto Odontológico.....	33
2.4.2 Personas Asegurables.....	33
2.4.3 Requisitos de Asegurabilidad.....	33
2.4.4 Cotizaciones.....	33

2.4.5	Renovaciones.....	34
2.4.6	Comisiones.....	35
<b>3.</b>	<b>INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO.....</b>	<b>36</b>
3.1	Modificaciones y actualizaciones.....	36

# GUÍAS TÉCNICAS DE SUSCRIPCIÓN PRODUCTOS DE SALUD

## 1. COMPOSICIÓN PORTAFOLIO LINEA DE SALUD

### 1.1 Allianz MedicAll Individual

Compuesto por los siguientes ramos:

- Ramo 201 MedicAll Gold: Módulos a comercializar del 4 al 7.  
A partir del Q2 del 2019, se suspende comercialización de módulos 1, 2 y 3 y se mantienen solo en las renovaciones
- Ramo 202 MedicAll Care: Módulos a comercializar 1 y 4.  
A partir del Q2 del 2019, se suspende comercialización de módulos 2 y 3 y se mantienen solo en las renovaciones
- Ramo 203 MedicAll Plus: Módulos a comercializar del 1 al 4
- Ramo 204 MedicAll Plus: Módulos a comercializar del 1 al 3

### 1.2 Allianz MedicAll 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 MedicAll Colectivo
- Ramo 211 MedicAll Colectivo Dólares
- Ramo 212 MedicAll Colectivo Plus Pesos
- Ramo 213 Seguro Odontológico

## 2. GUIAS 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 aplica a nivel general en todos los ramos de Salud. 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 MedicAll (Individuales)	De 0 días de nacido y hasta 64 años y 364 días.  Cada solicitante de 60 años cumplidos o más, deberá estar acompañado por un asegurado mayor o igual a 1 año y menor de 55 años  Los menores de 1 año (de 364 días o menos), deberán estar acompañados cada uno por un asegurado mayor o igual a 1 año y menor de 55 años.	Ilimitada
Allianz MedicAll Colectivo	De 0 días de nacido y hasta 64 años y 364 días.	Ilimitada

#### 2.1.2 Personas Asegurables

Será asegurable cualquier persona entre 0 días y 64 años y 364 días (de acuerdo a lo definido en ítem “*Edades de Ingreso Productos de Salud*”), previo cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad descritos en este documento.

**Nota 1:** Cuando se soliciten retiros parciales de asegurados, cada asegurado menor de 1 año y cada asegurado de 60 años cumplidos o más deberá permanecer acompañado, cada uno por un asegurado mayor de 1 año y menor de 55 años. 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 a 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	NUEVAS 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	1. Hipotiroidismo
Organos de los sentidos:  Ojos	Catarata, glaucoma, estrabismo, ceguera, enfermedades del nervio óptico, desprendimiento de retina, pterigio	2. Conjuntivitis 3. Miopía 4. Hipermetropía 5. Astigmatismo 6. Presbicia 7. Orzuelos
Organos de los sentidos:  Nariz, Oídos, Garganta	Sinusitis, rinitis, otitis, laringitis o amigdalitis <b>crónicas*</b> ; pólipos, desviación del tabique nasal, amígdalas o adenoides muy grandes. (* <b>Crónicas</b> : más de 3 eventos por año)	Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como: 8. Amigdalitis aguda 9. Laringitis aguda 10. Sinusitis aguda 11. Otitis aguda Nota: si son a repetición se consideran crónicas y se deben declarar y marcar en IberoLatam.

<p>Organos de los sentidos:</p> <p>Pulmonares</p>	<p>EPOC, enfisema, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar o requiere oxígeno o concentrador, C-PAP o B-PAP, tuberculosis</p>	<p>Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como:</p> <p>12. Bronquitis aguda</p> <p>13. Neumonía aguda (único episodio sin secuelas)</p> <p>14. Bronconeumonía aguda (único episodio sin secuelas)</p> <p>Nota: si son a repetición se consideran crónicas y se deben declarar y marcar en lberoLatam.</p> <p>15. Asma infantil sin recurrencia en la edad adulta</p>
<p>Organos de los sentidos:</p> <p>Alergias</p>	<p>Asma, secuelas de ventilación pulmonar prolongada (displasia broncopulmonar), antecedente de membrana hialina</p>	<p>16. Alergia a medicamentos</p> <p>17. Alergia a alimentos</p> <p>18. Dermatitis</p>
<p>Del sistema digestivo:</p> <p>Esófago</p>	<p>Esofagitis, esófago de Barret, Úlcera péptica o duodenal, hemorragia digestiva, Divertículos en colon, colitis ulcerativa, cálculos de la vesícula, hemorroides, cirugías del intestino</p>	<p>19. Constipación o estreñimiento</p> <p>20. Gastritis sin antecedente de úlcera ni sangrado</p> <p>21. Síndrome de intestino irritable (colon irritable)</p> <p>22. Hepatitis A (cualquier otro tipo de hepatitis B, C, D se debe declarar y marcar en lberolatam)</p>
<p>Del sistema genitourinario:</p> <p>Incontinencia</p>	<p>Cálculos renales, incontinencia, testículo no descendido, hidrocele, prepucio redundante, varicocele, trastornos de la próstata</p>	<p>Infecciones agudas sin secuelas ni complicaciones como:</p> <p>23. Infección urinaria aguda</p> <p>Nota: si es a repetición se considera crónica y se debe declarar y marcar en lberoLatam</p>
<p>Del sistema osteo-articular:</p> <p>Piel</p>	<p>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,</p>	<p>24. Nevos o lunares (sin cambios ni ulceraciones)</p> <p>25. Verrugas sin cambios</p> <p>26. Pitiriasis</p>

	prótesis o reemplazos articulares	
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 la misma, 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 del 5o. Año 30. Cirugía refractiva o lasik 31. Amigdalectomía (resección de amígdalas) 32. Adenoidectomía (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.	33. Fracturas sin secuelas, ni deformidades, ni limitaciones para el movimiento, sin empleo de material de osteosíntesis, después del 5o. año 34. Esguinces de primer grado

### 2.1.3 Personas no asegurables en un seguro 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.
- Usuarias 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?
<b>Declaración de Salud.</b>	<p>Debe ser diligenciada completamente por <b>todos</b> 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. <b>Sólo</b> cuando se soliciten traslados de mayor a menor cobertura entre productos de Allianz no se deberá diligenciar la “declaración de estado de salud” (numeral 7 de la Solicitud Seguros de Salud).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El intermediario descargará el formulario Solicitud de Seguro digital (pdf editable de Allia2net plus para Salud).</li> <li>• El intermediario llamará al solicitante para diligenciar el formato de Solicitud de Seguro acorde con la información que su cliente le proporcione.</li> <li>• El solicitante responderá cada una de las preguntas. Es fundamental que declare <b>TODOS</b> y cada uno de los antecedentes médicos que presente por cada uno de los beneficiarios de la póliza.</li> <li>• El intermediario deberá verificar que los campos mínimos obligatorios tengan respuesta.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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 <b>texto sugerido</b> en el <u>Modelo 1</u> anexo en parte inferior de esta comunicación.</li> <li>• 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 <u>Modelo 1</u> vía correo electrónico.</li> <li>• La solicitud y el correo con la confirmación del cliente (<u>Modelo 1</u>), deberán quedar indexados en la ficha de gestión, pues reemplazarán la firma del tomador.</li> </ul> <p><i>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.</i></p>
<p><b>EPS.</b></p>	<p>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 <b>EPS del Régimen Contributivo de Salud</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>

	<p>- 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.</p>
<p><b>Valoración Médica de Riesgo.</b></p>	<p>Se solicitará examen médico de ingreso a todo solicitante nuevo que cumpla con cualquiera de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitantes que tengan <b>55</b> años cumplidos o más, para todos los productos.</li> <li>✓ Solicitantes mayores de edad con un IMC igual o superior a 33.</li> <li>✓ Solicitantes, independientemente de la edad, con diagnóstico de hipertensión arterial.</li> </ul> <p>NOTA: Si un solicitante presenta 2 o más condiciones de las mencionadas anteriormente (edad igual o superior a 55 años, IMC igual o superior a 33 o hipertensión arterial), primará entre los tres paquetes de exámenes el paquete requerido por edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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 hospitalario o quirúrgico durante su primer año de vida. Para los siguientes casos, no es necesaria la valoración médica de riesgo, sin embargo, deberán aportar lo correspondiente a cada punto:             <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>II. Los menores de un 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.</li> <li>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.</li> <li>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</li> </ol> </li> </ul>

	<p>✓ 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 <b>(incluso para asegurados con continuidad)</b>.</p> <p>La validez de la valoración médica de riesgo es de seis (6) meses contando a partir de la realización del mismo.</p> <p><b>NOTA:</b> Solicitudes con Continuidad de otra Compañía se tramitarán de acuerdo a las condiciones de continuidad establecidas más adelante.</p>
<p><b>Requisitos para usuarios de 50 años hasta 54 años y 364 días.</b></p>	<p>Copia de historia clínica o copia de reportes de exámenes, según lo declarado en el cuestionario de salud.</p>
<p><b>Requisitos para mujeres mayores de 55 años.</b></p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mamografía realizada máximo dentro de los dos años anteriores a la solicitud del seguro.</li> <li>➤ Ecografía pélvica realizada máximo dentro de los dos años anteriores a la solicitud del seguro.</li> <li>➤ Reporte de citología cervicovaginal tomados dentro de los últimos dos años.</li> </ul>

<p><b>Exámenes Paraclínicos.</b></p>	<p>Exámenes Paraclínicos para usuarios de <b>55</b> años cumplidos o más (sin continuidad de otra compañía o cuando se requiera de acuerdo a evaluación médica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Parcial de orina.</li> <li>➤ Cuadro Hemático.</li> <li>➤ Colesterol Total, Colesterol HDL.</li> <li>➤ Glicemia basal.</li> <li>➤ Creatinina.</li> <li>➤ Electrocardiograma - EKG (con la lectura correspondiente).</li> <li>➤ Triglicéridos.</li> <li>➤ Antígeno Prostático (Hombres).</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Únicamente se solicitará copia de historia clínica o copia de reportes de exámenes, según lo declarado en el cuestionario de salud.</p> <hr/> <p>Para los solicitantes del seguro con índice de masa corporal mayor o igual a 33 (IMC <math>\geq</math> 33); se solicitarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colesterol Total y Colesterol HDL.</li> <li>➤ Glicemia Pre y Post.</li> <li>➤ Triglicéridos.</li> </ul> <hr/> <p>Para solicitantes de cualquier edad (sin continuidad de otra compañía o cuando se requiera de acuerdo a evaluación médica) que presenten Hipertensión Arterial (HTA), requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Valoración médica de riesgo o historia clínica del <b>último año</b> emitida por el médico tratante (general, internista o cardiólogo), en letra imprenta, legible o resumen de historia clínica en letra imprenta emitida por el médico tratante (general, internista o cardiólogo).</li> <li>➤ Parcial de Orina</li> <li>➤ Creatinina</li> <li>➤ Glicemia</li> <li>➤ Colesterol Total y Colesterol HDL</li> <li>➤ Triglicéridos</li> <li>➤ Electrocardiograma - EKG (Con la lectura correspondiente)</li> </ul>
--------------------------------------	---

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

#### 2.1.4.1 ¿Quién asume el costo?

Requisito	¿Quiénes deben presentar este requisito?
<b>Valoración Médica de Riesgo.</b>	<p align="center"><b>PÓLIZAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS</b></p> <p>Los asume la Compañía.</p> <p>Dichos exámenes los realizarán únicamente los profesionales o instituciones autorizados por la Compañía; no habrá lugar a reembolso.</p> <p>Todas las valoraciones médicas de ingreso deberán ser programadas con el proveedor de exámenes, enviando la orden al buzón agenda.allianz@unidiagnostico.com.co</p>
<b>Exámenes para mujeres mayores de 55 años (Cambia límite).</b>	<p align="center"><b>PÓLIZAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<b>Exámenes Paraclínicos.</b>	<p align="center"><b>PÓLIZAS INDIVIDUALES Y COLECTIVAS</b></p> <p>Los exámenes paraclínicos los asume la Compañía únicamente con los profesionales o instituciones autorizados; no habrá lugar a reembolso.</p> <p>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.</p> <p>Los exámenes adicionales que solicite la Compañía serán a cargo del solicitante, no habrá lugar ni a reembolso ni autorización.</p> <p><b>* Anexo de Maternidad:</b> A cargo de la solicitante.</p>

### 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”.

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.

Se anexa tabla con el porcentaje de extraprimas mínimas predeterminadas a aplicar:

CONDICIÓN MEDICA	CRITERIOS	PORCENTAJE EXTRAPRIMA	CONDICIONES PARA RETIRO EXTRAPRIMA
<b>OBESIDAD</b> IMC: Índice de Masa Corporal = Peso (Kg) / Talla <sup>2</sup> (cm)	IMC: 30 A 32.	20%	Solo se retira si IMC está entre 18 y 28. Se disminuye a 20% cuando la obesidad es el único factor de riesgo y el IMC es menor a 32 y es menor de 40 años.
	IMC: >32 y menor de 40 años.	30%	
	IMC: >32 y mayor de 40 años.	50%	
	IMC: >35.	NO ASEGURABLE.	
	En personas con talla baja (menor a 1,60 mts en hombres y 1,50 mts en mujeres, el IMC de 25 corresponde a un IMC de 30 en la población general y con este parámetro se aplica la extraprima.		
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)</b>	HTA Sola.	20%	Cuando la HTA está controlada, el asegurado es menor de 40 años e IMC < 30 se disminuye al 20%
	HTA + Sobrepeso e IMC <30.	30%	
	HTA + Sobrepeso e IMC entre 30 y 32.	50%	
	HTA + IMC > 32.	NO ASEGURABLE.	
	HTA + IMC > 30 + Hiperlipidemia.	NO ASEGURABLE.	
	HTA no controlada (Sistólica > 160 o diastólica > 100.	NO ASEGURABLE.	
<b>TRASTORNO DE LÍPIDOS (Colesterol y Triglicéridos)</b>	<b>TRIGLICÉRIDOS.</b>		
	Triglicéridos >200 o > al estándar del laboratorio, hasta 300.	10%	Si la alteración de los triglicéridos es el único factor de riesgo, se normalizan las cifras y el

	Triglicéridos > 300 y < 400.	20%	IMC es menor a 30, se retira.
	Triglicéridos > 400.	30%	
	Triglicéridos > 400 con otro factor de riesgo.	NO ASEGURABLE.	
TRASTORNO DE LÍPIDOS (Colesterol y Triglicéridos)	COLESTEROL.		
	Colesterol Total > 240 y < 260 .	10%	Si la alteración del colesterol es el único factor de riesgo, se normalizan las cifras y el IMC es menor a 30, se retira.
	Colesterol Total > 260 y < 300.	20%	
	Colesterol > 300.	30%	
	Colesterol > 300 con otro factor de riesgo.	NO ASEGURABLE.	

**Nota.** La reevaluación de extraprimas (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 al 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 extraprimas, deben adjuntarse los documentos solicitados por la Compañía para la evaluación técnico-médica con 15 días de antelación a la fecha de renovación de la póliza o hasta 45 días posteriores a la misma; no se aceptan modificaciones de extraprimas con posterioridad a los 45 días posteriores a la fecha de renovación o durante la vigencia de la póliza.

## 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.
- ✓ 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:*

1. Tramitar la solicitud de convalidación, máximo dentro de los sesenta (60) días posteriores al retiro del producto anterior.
2. No se podrán trasladar al producto PLUS Pesos asegurados que estén en el producto Plus con un tratamiento en curso.
3. Diligenciar la solicitud de seguro en su totalidad, incluyendo estado de salud, excepto para continuidades entre productos de salud de Allianz de mayor a menor cobertura.
4. 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 bebés nacidos en otras Compañías con cobertura de congénitas debe especificar si tenía o no la cobertura.
  - ✓ Utilizaciones atendidas en el producto anterior para todos los solicitantes mayores de 50 años
  - ✓ Utilizaciones 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 Plus Pesos)
5. 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 utilizaciones 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 a 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 Plus Pesos 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 MedicAll Plus se otorga continuidad de pólizas con cobertura internacional.
- Para los productos Allianz MedicAll Plus se otorga continuidad de pólizas con cobertura nacional de acuerdo a las condiciones especificadas en el ítem Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional.

**Nota:** Para Planes Complementarios de Salud se evaluará continuidad siempre y cuando las coberturas y red sean homologables a nuestro producto MedicAll.

**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 60 años cumplidos o más.

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

- Se permite realizar traslados de Allianz MedicAll Plus cobertura Nacional e Internacional a Allianz MedicAll Gold y a MedicAll Care garantizando la continuidad del producto.
- Se permite realizar traslados de Allianz MedicAll Plus y Allianz MedicAll Plus Pesos a Allianz MedicAll Gold y a MedicAll Care garantizando la continuidad del producto.
- Para continuidad de traslados de Allianz MedicAll Care a Allianz MedicAll Gold o Allianz MedicAll Plus, o de Allianz MedicAll Gold a Allianz MedicAll Plus. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada.
- Para continuidad de traslados de Allianz MedicAll Gold a Allianz MedicAll Plus Pesos o Allianz MedicAll Plus, Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada.
- Para continuidad de traslados de Allianz MedicAll Plus Pesos a Allianz MedicAll Plus. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada.
- Para continuidad de traslados de Plus a Plus Pesos podrán efectuarse solo si el deducible global es de COP \$ 30.000.000. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada.
- Para continuidad de traslados en Plus Pesos o Plus dentro de un mismo módulo disminuyendo deducible. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada.
- El cliente podrá disminuir el módulo contratado dentro del mismo producto. El cambio se hará efectivo a fecha de renovación de la póliza, para lo cual el cliente podrá solicitar el cambio hasta 45 días después de inicio de vigencia.
- El cambio de producto o módulo de menor a mayor cobertura serán evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada. El cambio se hará efectivo a fecha de renovación de la póliza, para 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.

#### 2.1.6.5 *Continuidad para productos de cobertura nacional a internacional.*

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

- Los asegurados deben ser menores de 60 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 a 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 PLUS PESOS.**

## 2.2 MedicAll 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 tarifas del presente año debe ser expedida durante ese mismo año para mantener las mismas tarifas. Si se expide en el año posterior 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.

#### 2.2.1.2 Formas de pago

- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Mensual

#### 2.2.1.3 Recargos por fraccionamiento

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

Se obtiene el valor de la prima multiplicando el valor de la prima anual por los siguientes factores:

Opción	Factor de fraccionamiento
Mensual	0,0866667
Trimestral	0,2600000
Semestral	0,5200000

#### 2.2.1.4 Está totalmente prohibido

- Cotizar usuarios vigentes en Allianz
- Cotizar usuarios con fechas de nacimiento erradas 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.
- ✓ Los cambios de documento de identidad, nombres, direcciones, teléfonos, se podrán efectuar en cualquier momento de la vigencia de la póliza.
- ✓ En Pólizas colectivas, todo empleado nuevo que ingrese debe cumplir requisitos de asegurabilidad antes descritos, así mismo su grupo familiar, y cumplir con los periodos de novedades establecidos por la Compañía.
- ✓ **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.**

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 <https://www.allianz.co/intermediarios-proveedores/manual-gestion-aliados.html#salud>

### 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".

### 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 MedicAll Gold a partir del módulo 4 y Allianz Medical 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 MedicAll Gold, módulo 4 en adelante y MedicAll 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 asociados con la maternidad; en diagnósticos diferentes aplican los periodos de carencia estándar del 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 para el año 2020 y 2021 opera de la siguiente manera:

- Embarazos que estén entre la semana 13 y hasta la semana 24 tiene un costo de **\$11.000.000+ 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 **\$15.000.000 + 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 Congelamiento de la Póliza

Se otorga el beneficio de congelamiento de la póliza para los siguientes casos únicamente:

- ✓ **Viajes por estudio en el exterior**
- ✓ **Trabajo en el exterior**

### 2.2.4.1 *Tiempo máximo de congelamiento continuo*

Periodo de congelamiento	Valor de la prima
<b>Hasta 1 año</b>	<b>Sin cobro de Prima</b>
<b>De 1 a 2 años</b>	Se cobrará el <b>30%</b> del valor de la prima comercial vigente al momento de realizar el descongelamiento de acuerdo a 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.
<b>Más de 2 años</b>	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.

#### 2.2.4.2 *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:
  - Pólizas individuales en el siguiente corte de cartera
  - Colectivo 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.

#### 2.2.4.3 *Requisitos para levantar el congelamiento:*

- Diligenciar solicitud de Seguro sin declaración de salud.
- 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. Nota: 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.

#### 2.2.4.4 *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 a 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.*

*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.*

## **2.2.5 Revigorizaciones**

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

### *2.2.5.1 Pólizas canceladas por mora no financiadas*

- Se revigoriza de acuerdo al criterio del gerente sucursal y delegado técnico de cada regional dependiendo los días transcurridos desde la cancelación 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.

### *2.2.5.2 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... 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.

### 2.2.6 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. Asimismo, 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 MedicAll Plus y Plus Pesos	Allianz MedicAll Gold	Allianz MedicAll Care
Fidelización <b>Salud Total</b> .	N.A	\$36.000 anuales por persona	N.A
Traslado de Colectivo MedicAll Allianz a Individual MedicAll Allianz (Con o sin Asesor).	10%	10%	10%
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%
Grupo Familiar. Para los Grupos en los cuales se aseguran mínimo tres (3) personas menores de 50 años y solo aplica para los asegurados menores de 50 años.	5%	5%	5%

NO SE APLICARÁN DESCUENTOS ADICIONALES A LOS ANTERIORMENTE ESTABLECIDOS. (DESCUENTOS COMERCIALES, DESCUENTOS POR TRM, DESCUENTOS POR PRONTO PAGO)

Para todos los casos No se otorga 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 activo o tratado, Enfermedades renales, hepáticas o cardíacas crónicas, diabetes, aun cuando hayan sido amparados 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

## 2.2.7 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	MENORES DE 60 AÑOS		MAYORES DE 60 AÑOS	
		% Negocio Nuevo	% Renovación	% Negocio Nuevo	% Renovación
201	MedicAll Gold	20%	15%	15%	10%
202	MedicAll Care	15%	10%	10%	5%
203	MedicAll Plus	20%	20%	15%	15%
204	MedicAll Plus Pesos	20%	15%	15%	10%

### 2.2.7.1 Otros aspectos

- El cambio de intermediario debe cumplir el proceso estipulado en el manual de la compañía.

## 2.3 MedicAll 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

- a) La adecuada tarificación de pólizas colectivas
- b) 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 Item, 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

### 2.3.2.4 *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 Item 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.
- 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”

#### 2.3.2.5 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 sugiere estructurar los beneficios de las personas a cargo por separado al fijar el precio del grupo.

### 2.3.3 Renovaciones

Las condiciones de renovación de negocios colectivos vigentes serán determinadas por el delegado de Salud de cada Gerencia Regional, aun cuando no correspondan al nivel de delegación otorgado por la Gerencia de Salud; en cuyo caso, las condiciones serán escaladas a la Gerencia de Salud para aval previo análisis del delegado regional.

- 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, deben ser trasladados a negocios individuales con la tarifa comercial vigente.

### 2.3.4 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
210	Salud Colectivo	10%	10%
211	Salud Colectivo Dólares	10%	10%
212	Salud Colectivo Plus Pesos	10%	10%

### 2.3.5 Revigorizaciones

El cliente siempre deberá anexar carta de solicitud de revigorización. En colectivas, el gerente de sucursal solo puede dar VoBo 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 de acuerdo con el criterio del delegado técnico únicamente.

## 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 Asegurables

Será asegurable cualquier persona (de acuerdo a 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?
<b>Declaración de Salud</b>	Debe ser diligenciada completamente por <b>todos</b> 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 a 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:

- 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 no podrá ser suscrito bajo ramo 213 Odontológico
- 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

#### 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
01/01/2015	Sebastian Ricardo Vargas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas traslados pólizas nacionales a internaciones.</li> <li>Punto 5.4.; Punto 5.1; Punto 5.2; Punto 2; Punto 8.1; Punto 9; Punto 7.</li> <li>Eliminación Comisión diferencial. Punto 11.3</li> </ul>
19/05/2015	Sebastian Ricardo Vargas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajuste anexo de Maternidad.</li> <li>Se eliminan años específicos contenidos dentro de las políticas.</li> </ul>
19/01/2016	Sebastian Ricardo Vargas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificación numeral 1.1- edades de ingreso</li> </ul>
24/02/2016	Angélica Yepes Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificaciones comisiones número 11.1 y 11.2</li> </ul>
27/06/2016	Angélica Yepes Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificaciones Numeral 2 Declaración de Salud y Examen Médico</li> </ul>
03/01/2017	Angélica Yepes Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificaciones Numeral 2.1 Exámenes Paraclínicos</li> <li>Modificaciones Numeral 5.2 Productos de los cuales se otorga este beneficio.</li> <li>Modificaciones Numeral 5.3 Pólizas Colectivas Allianz MedicAll Colectivo</li> <li>Modificaciones Numeral 6.1 Pólizas Colectivas Allianz MedicAll Colectivo</li> <li>Modificaciones Numeral 7 Descuentos</li> <li>Modificaciones Numeral 8.1 Cuando diligenciar solicitud de traslados entre productos de Salud Allianz</li> <li>Modificaciones Numeral 9 Anexo de Maternidad en Curso</li> <li>Nuevo numeral 10.3 Calculo descongelamiento de 1-2 años</li> <li>Nuevo Numeral 12 Modificaciones Pólizas Salud</li> </ul>
04/09/2017	Angélica Yepes Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificación numeral 1.1 Edades de Ingreso</li> <li>Modificación numeral 2. Requisitos de Asegurabilidad: EPS y examen Médico</li> <li>Modificación numeral 3 Extraprímas</li> <li>Modificación numeral 7 Descuentos</li> <li>Modificación numeral 9 Anexo de maternidad en curso</li> <li>Modificación numeral 10.2 Requisitos para levantar el congelamiento</li> <li>Modificación numeral 10.3 Calculo descongelamiento de 1 a 2 años</li> <li>Modificación numeral 12 Proceso modificación Pólizas de Salud</li> </ul>
28/12/2017	Luis Fernando Montoya	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modificación numeral 1.1 "Edades de Ingreso Productos de Salud" Se modifican condiciones para menores de 3 años</li> <li>Modificación numeral 1.3 "Personas no asegurables en un seguro de Salud" Se incluye la Hemofilia</li> <li>Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad": Examen Médico Aclaración para menores de 1 año y Exámenes Paraclínicos se modifica criterio de IMC pasando de 28 a 30</li> <li>Modificación numeral 3 "Extraprímas": Se elimina IMC entre 28-30 y se actualizan condiciones para retiro de extrapríma</li> <li>Modificación numeral 5.1 "Requisitos para otorgar continuidad": se eliminan numerales 1 y 4 y se amplían días a 60</li> <li>Modificación numeral 6 "Cotizaciones": Se eliminan viñetas 4 y 5</li> <li>Modificación numeral 7 "Descuentos": Se aclara que el médico y el participante del fondo deben asegurarse en la póliza y se modifica la redacción de la condición para embarazos en curso.</li> <li>Modificación numeral 8 "Novedades que se pueden realizar a las pólizas": Se modifica texto en segunda viñeta (eliminación condiciones)</li> <li>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</li> </ul>

22/03/2019	Luis Fernando Montoya, Adriana Calderón y Rubén Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 MediAll Colectivo.</li> <li>• Modificación numeral 1.2. "Personas Asegurables", se elimina requisito de renovación del grupo completo que viene cubierto.</li> <li>• Modificación numeral 1.2. "Personas Asegurables", se aclara que frente a retiros parciales, los menores de 1 año deben permanecer acompañados.</li> <li>• Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se actualiza el proceso de envío de documentación en caso de bloqueo.</li> <li>• 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.</li> <li>• Modificación numeral 2. "Requisitos de Asegurabilidad" se incluye el examen de hemoglobina Glicosilada para los solicitantes con IMC <math>\geq</math> 30 y con Hipertensión Arterial.</li> <li>• Modificación numeral 5.1. "Requisitos para otorgar continuidad" Se elimina el requisito de traslado de todo el grupo familiar.</li> <li>• Modificación numeral 7. "Descuentos" se aclara que las solicitudes de descuento son evaluadas por el equipo técnico para asegurar el cumplimiento de políticas.</li> <li>• Modificación numeral 7. "Descuentos" se incluyen las condiciones de otorgamiento de descuento para Grupo Familiar.</li> <li>• Modificación numeral 7. "Descuentos" se reduce el porcentaje de sobrepagos máximo para otorgamiento de descuentos a 50%.</li> <li>• Modificación numeral 7. "Descuentos" se aclara que el descuento de traslado de colectivo a individual no aplica para los colectivos no constituidos.</li> <li>• 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.</li> <li>• Modificación numeral 9. "Anexo de Maternidad" se actualizan exámenes a ser presentados.</li> <li>• Modificación numeral 9. "Anexo de Maternidad" se actualiza la prima del anexo.</li> <li>• Modificación numeral 10. "Congelamiento de la Póliza" se modifica la redacción para mejor el entendimiento.</li> <li>• Modificación numeral 10.2. "Requisitos para levantar el congelamiento" se amplían las opciones para cumplir requisito de comprobación de ingreso al país.</li> <li>• Modificación numeral 12. "Proceso modificación Pólizas Salud" se elimina.</li> </ul>
30/04/2019	Luis Fernando Montoya, Adriana Calderón y Rubén Ramírez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
03/11/2020	Adriana Lucia Castro Cardona, Juan Pablo Perez, Adriana Calderon	<p>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</p> <p>Documentación de la composición del portafolio en individual y colectivo, con detalle de los procesos, delegación y nivel de autoridad asociado a éstos</p> <p>Del documento Guías Técnicas de suscripción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se unifican Guías de productos con cobertura nacional con los productos de cobertura internacional</li> <li>• Inclusión numeral "Composición portafolio línea de salud" indicando los ramos pertenecientes a la línea</li> <li>• 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.</li> <li>• 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</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 \$ 30.000.000. Deben ser evaluados previamente y de acuerdo a la revisión técnico-médica del riesgo se aceptará o rechazará la continuidad solicitada</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• Numeral "Descuentos" se elimina el descuento por simultaneidad de afiliación al FVP</li> <li>• Numeral "Revigorizaciones", se estipulan condiciones para otorgarlas</li> <li>• Numeral "Comisiones", se plasman las comisiones aplicables a cada ramo.</li> <li>• Se añade para portafolio de colectivos ítem con descripción del proceso de cotizaciones donde se estipulan el apetito de riesgo</li> <li>• Se añade portafolio de Seguro Odontológico con personas asegurables y requisitos de asegurabilidad</li> </ul>
20/04/2021	Adriana Calderon, Aura Del Castillo Jiménez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

**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
03/11/2020	Adriana Lucia Castro Cardona

**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.**