

# SALUD FAMILIAR – POLÍTICAS VIGENTES A PARTIR DE MARZO 16 2020



Gerencia de Salud  
Seguros de salud - SURA Colombia

Marzo de 2020

# SALUD FAMILIAR – POLÍTICAS VIGENTES A PARTIR DE MARZO 16 DE 2020.

---



Capítulo I – Asesores

Capítulo II – Políticas de Suscripción

Capitulo III – Descuentos

Capítulo IV – Modificaciones

Capítulo V – Pagos

Capítulo VI – Políticas Varias

---

## Capítulo I – Asesores

### 1. Comisiones salud familiar:

- Pólizas expedidas con fecha anterior al 01 de abril de 2009.
- Pólizas expedidas a partir del 01 de abril de 2009.

### 2. Algunos tips a tener presentes.

### 3. Cambio de asesor durante la vigencia de la póliza – Políticas de comisionamiento en cambio de intermediario – Circular normativa # 3302.

**\*\* SÓLO PARA ASEGURADOS DE 60 O MÁS AÑOS AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN.**

Capítulo 1

PRODUCTO	COMISIÓN ACTUAL ASESOR INDEPENDIENTE		** COMISIÓN A LA RENOVACION ASESOR INDEPENDIENTE
	Amparo Básico	Anexos de C/E + urgencias + odontológico	Amparo básico + C/E + urgencias + odontológico**
SALUD GLOBAL	20%	12%	12%
SALUD CLASICO	20%	12%	12%
PRODUCTO	COMISIÓN ACTUAL ASESOR DEPENDIENTE		** COMISIÓN A LA RENOVACION ASESOR DEPENDIENTE
	Amparo Básico	Anexos de C/E + urgencias + odontológico	Amparo básico + C/E + urgencias + odontológico**
SALUD GLOBAL	15%	9%	9%
SALUD CLASICO	15%	9%	9%

# COMISIONES SALUD FAMILIAR – POLIZAS EXPEDIDAS A PARTIR DEL 01 DE ABRIL DE 2009.

PRODUCTO	NEGOCIO NUEVO ASESOR INDEPENDIENTE		RENOVACION ASESOR INDEPENDIENTE	
	Amparo Básico + Anexos de C/E + Urgencias + Odontológico**		Amparo básico + C/E + Urgencias + Odontológico**	
	De 0 Hasta 50 años	de 51 o Más Años	De 0 Hasta 50 años	de 51 o Más Años
SALUD GLOBAL	16%	12%	13%	12%
SALUD CLASICO	15%	11%	13%	11%
SALUD EVOLUCIONA**	13%	10%	10%	10%
PRODUCTO	NEGOCIO NUEVO ASESOR DEPENDIENTE		RENOVACION ASESOR DEPENDIENTE	
	Amparo Básico + Anexos de C/E + Urgencias + Odontológico**		Amparo básico + C/E + Urgencias + Odontológico**	
	De 0 Hasta 50 años	de 51 o Más Años	De 0 Hasta 50 años	de 51 o Más Años
SALUD GLOBAL	11%	8%	9%	8%
SALUD CLASICO	10%	7%	9%	7%
SALUD EVOLUCIONA**	9%	7%	7%	7%

\*\* En Salud Evolucionaria no se comercializa el anexo opcional Odontológico con pago de prima, por lo tanto no se reconoce comisión.

# TIPS A TENER PRESENTE PARA LAS COMISIONES EN LAS SOLUCIONES DE SALUD FAMILIAR.

- En el anexo opcional de emergencia médica domiciliaria (EMD) por asegurado con pago adicional de prima, no se reconoce comisión.
- En salud familiar no se permite pactar o ceder comisión buscando que los clientes reciban descuentos en los valores a pagar.
- En Salud Evolucionada no se comercializa el anexo opcional Odontológico con pago de prima, por lo tanto no se reconoce comisión.

“El tomador tiene plena libertad de escoger y designar a su intermediario en cualquier momento. El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), en su artículo 100, protege la libertad de contratación al establecer lo siguiente: “...protegerá la libertad de tomadores y asegurados para decidir la contratación de los seguros y escoger sin limitaciones la aseguradora y, en su caso, el intermediario.....”.

#### **“PROCEDIMIENTO PARA EL CAMBIO DE INTERMEDIARIO**

El cambio de intermediario debe ser solicitado por el tomador mediante comunicación escrita. Esta información debe ser enviada por medio de carta o correo electrónico al colaborador de la oficina donde se encuentre radicado el nuevo intermediario.

El intermediario inicial tendrá cinco (5) días hábiles a partir del día siguiente en que recibe la notificación del cambio de intermediario, para realizar las gestiones que considere ante el cliente. Si el cliente decide quedarse con el intermediario inicial, deberá manifestarlo mediante comunicación escrita. Si pasados estos cinco (5) días hábiles, el cliente no se manifiesta, el colaborador de la oficina del nuevo asesor procederá con la modificación de intermediario”.

#### **“COMISIONES EN TODOS LOS SEGUROS**

A partir de la fecha en que se haga efectivo el cambio de intermediario y hasta el momento en que se renueva la póliza, el nuevo intermediario únicamente percibirá comisiones sobre las modificaciones valorables ya sean positivas o negativas, toda vez que estos cambios se presentan durante su gestión. Esto significa que, al nuevo intermediario se le podrán cargar comisiones negativas sin que haya percibido comisiones positivas por el negocio.

“**NOTA:** Cancelar una póliza para expedir una nueva en las mismas condiciones para ganar comisión, es considerada una práctica indebida, y será sancionada por la Compañía”.

**IMPACTO EN EL CLIENTE:** La política de cambio de intermediario y de comisiones, es un proceso interno que impacta a los procesos e intermediarios, pero por ningún motivo debe afectar al cliente pues parte de la estrategia de la Compañía es estar centrados en él.

# Capítulo II – Políticas de Suscripción.

- LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS ASEGURADOS Y OBLIGATORIEDAD DE AFILIACIÓN A LA EPS ([Ver](#))
- PARENTESCOS ASEGURABLES CON RELACION AL AFILIADO O TOMADOR ([Ver](#))
- EDADES Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD EN TODOS LOS PLANES DE SALUD. ([Ver](#))
- PRODUCTO Y PLAN POR GRUPO FAMILIAR ([Ver](#))
- ANTIGÜEDAD DE COMPAÑÍAS DE SEGUROS EXTRANJERAS ([Ver](#))
- ANTIGÜEDAD PARA ASEGURADOS QUE VIENEN DE OTRAS PÓLIZAS DE SALUD O MEDICINA PREPAGADA DIFERENTES A SURA. ([Ver](#))
- TRASLADOS DE ASEGURADOS ENTRE 60 Y 64 AÑOS DE EDAD – ASEGURADOS EN PÓLIZAS DE SURA: COLECTIVA TRADICIONAL, HOSPITALARIA - PLUS O SU ALTERNATIVA A UNA PÓLIZA FAMILIAR DE SURA CLÁSICA – EVOLUCIONA. ([Ver](#))
- EN SALUD GLOBAL POR TEMA CONTRACTUAL CON LOS REASEGURADORES. ([Ver](#))
- SÓLO APLICA PARA NEGOCIOS NUEVOS O INCLUSIÓN EN PÓLIZAS VIGENTES. ESTUDIO PARA EL INGRESO DE UN SOLICITANTE CON EDAD ENTRE LOS 60 Y HASTA LOS MENORES DE 63 AÑOS DE EDAD. APLICA EN LOS PLANES DE SALUD VIGENTES GLOBAL, CLÁSICO Y EVOLUCIONA ([Ver](#))
- ACTIVIDADES NO ASEGURABLES ([Ver](#))
- PATOLOGÍAS NO ASEGURABLES ([Ver](#))
- EXÁMENES DE INGRESO A DOMICILIO (SOLO APLICA PARA NEGOCIOS NUEVOS). ([Ver](#))
- INCLUSIÓN DE ASEGURADOS ([Ver](#))
- SALUD GLOBAL – CLÁSICO Y EVOLUCIONA. COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD Y BEBE GESTANTE PARA NUEVAS SOLICITANTES QUE NO TIENEN PÓLIZA DE SALUD, NI MP Y SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS, O ASEGURADAS QUE INGRESARON SOLAS Y SE EMBARAZARON ANTES DEL PERIODO DE CARENCIA 120 DÍAS. ([Ver](#))
- SOLICITUD PARA EL ESTUDIO DE INCLUSIÓN PARA MENORES NACIDOS EN EL EXTERIOR Y DONDE NO SE PAGO EL PARTO CON BASE A LA EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA. ([Ver](#))
- REHABILITACIONES:. ([Ver](#))



## LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS ASEGURADOS Y OBLIGATORIEDAD DE AFILIACIÓN A LA EPS – REGIMEN CONTRIBUTIVO

- Toda persona nacional o extranjera que resida en Colombia y desee contratar una póliza de salud, *está obligado por ley a contratar y mantener vigente la EPS Régimen Contributivo en nuestro país*. Se exceptúan de esta obligación los funcionarios de Embajadas y Entidades Consulares (se deberán hacer diligenciar y firmar la carta por el tomador con tipo y número de identificación)
- *El asesor en la solicitud y declaración de asegurada, deberá diligenciar el campo de la EPS Régimen Contributivo donde se encuentra afiliado vigente y activo cada uno de los solicitantes.*
- En aquellos casos donde el solicitante no declare tener la EPS SURA régimen contributivo, *el asesor de seguros deberá validar en el siguiente enlace (EPS Régimen contributivo, para confirmar que el solicitante esté vigente):*

<http://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>

**Importante:** El asesor de seguros, antes de enviar la nueva solicitud y declaración de asegurabilidad a través de modernización, deberá validar que los siguientes campos estén correctos:

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO	01/10/1995	31/12/2999	COTIZANTE

## LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS ASEGURADOS Y OBLIGATORIEDAD DE AFILIACIÓN A LA EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO.

- Con relación a los solicitantes que tienen vigente a EPS SURA Regimen Contributivo, la información la puede validar el asesor de SURA por medio del asistente virtual (Asesor):

[www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co) / ingresar a mi cuenta / Asesores / Loguearse usuario y contraseña / Asistente Virtual / Herramientas / Afiliaciones POS-Grupo Familiar / Filtro de Búsqueda / consulta con cedula afilado a EPS SURA /

- O si es para Director Comercial-Analista y Auxiliar Seguros, puede validar la información de la EPS por: Aplicativo salud (Global Web) / Consultas Oficinas / Producción / Consultas de Producción / Afiliados PBS EPS Sura /

Menú  
Principal

Capitulo 2

CONSULTA AFILIADOS POS EPS SURA					
IDENTIFICACIÓN		Tipo	Número		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="button" value="Buscar"/>
Información del Afiliado					<input type="button" value="Cerrar"/>
Identificación	Nombre	Fecha Inicio Cobertura BH	Estado Suspensión BH	Estado Suspensión Global Web	Actualizar
No se encontró el Afiliado					
					pafcx944

- Lo anterior, aplica para todo los planes voluntarios de Salud con base a la ley 1438 de enero de 2011.
- ***A los solicitantes que estén en una EPS Régimen Subsidiado o Sisben, NO se les podrá comercializar un plan de salud.***
- Todo asegurado vigente en pólizas de salud, radicados en el exterior tendrán la exclusión de cobertura en el Exterior citada en las políticas.

- Cónyuge o Compañera (o) Permanente o Ex - esposa (o)
- Hijos:
- Hermanos: menores de 40 años.
- Nietos : menores de 40 años
- Sobrinos: menores de 40 años.
- Progenitores :
- Novia (o) :
- Tía (o) : menor de 40 años.
- Suegra (o) :
- Cuñada (o) : menores de 40 años.

## Notas importantes:

- Los parentescos Nuera o yerno ( En global web, serán los únicos aceptados con parentesco OTRO)
- No está permitida en la misma póliza de salud, la doble suscripción del parentesco cónyuge - compañera (o) - ex esposa (o).
- **Es muy importante que sean ingresados para estudio de forma correcta solo los parentescos antes relacionados, no se aceptarán otros parentescos diferentes.**

La omisión o incumplimiento en la información será causal de cancelación inmediata del contrato, de acuerdo con lo establecido en la ley 1438, artículo 41, de enero de 2011.

Menú  
Principal

Capítulo 2

### INGRESO DE ASEGURADOS.

• **Negocios Nuevos:** Cuando se aseguren personas solas entre 51 a 59 años, se les aplicará un recargo *del 20%* sobre el total de su prima anual, si se incluye posteriormente un menor de 50 años, este recargo se retira a partir de la fecha de su inclusión, no se aceptará retroactiva. **Nota:** Si se expiden pólizas con dos o más asegurados y todos están en este rango etario a cada uno se le cobrará el respectivo recargo.

**Cuando se solicite asegurar nuevos solicitantes entre 60 y menores de 63 años, se les aplicará un recargo por edad definitivo del 50% del total de su prima anual.**

• **Inclusiones:**

Cuando se solicite la inclusión de una persona en el rango 51 a 59 años, se les aplicará un recargo *del 20%* sobre el total de su prima anual, exceptuando aquellos casos en los que ya viene asegurada una persona menor de 50 años en dicha póliza.

Así mismo, a nuestros asegurados en el rango 51 a 59 años que ya vienen asegurados sin este recargo a través de una póliza vigente de salud con SURA familiar o colectiva, y por algún motivo solicitan quedar solos en la póliza o a través de una nueva póliza de salud, no se les aplicará el anterior recargo por la edad.

• No se consideran negocios nuevos o nuevas inclusiones, aquellas personas que solicitan su traslado de una Póliza de Salud con SURA familiar o colectiva.

## EDADES Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD EN TODOS LOS PLANES DE SALUD (2 de 5).

- Menores de cuatro (4) meses de edad: Deberán estar acompañados por al menos uno de los padres si se trata de negocio nuevo, en los casos en los cuales ya existe una póliza y en ella vienen asegurados uno o varios hermanos, se incluiría el menor.
- Con relación a nietos y sobrinos donde se encuentre asegurado uno (1) de los padres en la misma póliza y grupo familiar, se aceptaría su estudio.
- Cuando se trate de un nuevo grupo con varios hijos (Donde no se vayan a asegurar los padres) Se aceptará estudiar al menor de 4 meses, siempre y cuando el o los hermanos con los cuales se asegura sean fruto de un embarazo previo.
- Los bebés prematuros menores a 34 semanas de gestación, serán pospuestos durante el 1er año de edad. Excepto los nacidos durante la vigencia de la póliza y gocen del amparo automático.

Menú  
Principal

Capítulo 2

- **Hijos:** Se deberán asegurar todos los hijos *menores de 14 años de edad*, excepto que exista una explicación lógica o médica para el no aseguramiento de alguno de ellos.
- **Mujeres Embarazadas:** Son asegurables. Siempre y cuando sean aprobadas médicamente, y acepten cancelar el valor establecido para la cobertura de maternidad (\$7.560.000) y la prima correspondiente por bebé gestante.

### REQUISITOS MÉDICOS PARA INGRESOS.

**Menores de 6 meses** – Adjuntar copia de Historia clínica del pediatra tratante. (se exceptúan bebés con Amparo automático en póliza Global o Clásica o que paguen Bebé Gestante en Evolucionara). De no existir historia clínica, se deberá adjuntar examen médico por pediatra a cargo del Tomador.

**Personas de 55 años o más:** Deberán cumplir con los siguientes requisitos médicos:

- Examen Médico
- Glicemia
- Colesterol Total y Colesterol HDL
- Triglicéridos.

*La vigencia para estos exámenes es de 12 meses.*

- **Si el solicitante declara hipertensión arterial (HTA), se solicitará adicional Creatinina.**
- Mujeres: Fotocopia del resultado de la Mamografía, en caso de no tenerlo deberá realizarla particularmente (Vigencia 2 años)
- Hombres: Fotocopia del resultado del examen de Antígenos Específicos de Próstata. **(Vigencia 2 años)**

**Observaciones importantes al momento de la suscripción:** Cuando declaren una respuesta positiva en las enfermedades del formulario de seguros por **favor aclarar**, algunos ejemplos a continuación:

- Fecha de diagnóstico o cirugía; Ejemplo hipertiroidismo diagnosticado el 1 de marzo del 2000 o apendicetomía **realizada el 2 de abril de 1990** sin complicaciones.
- Fractura aclarar lateralidad (**derecha o izquierda**), zona anatómica (pie, mano, tibia, etc.), tiene o no material de osteosíntesis (tornillos, tutor, platinas), presenta alguna limitación o secuela.
- Esguince o lesión ligamentaria aclarar lateralidad (**derecha o izquierda**), zona anatómica, si presenta secuelas, tiene pendiente cirugía. Ejemplo: esguince de **tobillo derecho** sin secuelas, no se encuentra pendiente de cirugía.
- Enfermedad de tiroides aclarar tipo de enfermedad y medicamento que consume (hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio, nódulo tiroideo etc.) Ejemplo: **hipotiroidismo tratado con eutirox**.
- Citología: **fecha de realización de la última citología e informar el resultado (Normal o anormal)**.
- Cliente embarazada registrar la **fecha de la última regla o menstruación**.
- Amputación - aclarar lateralidad (**derecha o izquierda**): causa(enfermedad o accidente) y lugar anatómico. Ejemplo amputación de dedo pulgar mano derecha por accidente con sierra.
- Cuando declaren lesión de rodilla aclarar lateralidad (**derecha o izquierda**), preguntar si conoce el tipo de lesión (meniscos, ligamento, etc.) Ejemplo: Lesión de meniscos **rodilla derecha hace 2 años**.



## ANEXOS OPCIONALES CON PAGO DE PRIMA ADICIONAL, EN LOS PLANES DE SALUD GLOBAL Y CLÁSICO FAMILIAR.

- En salud global y clásico, los anexos opcionales de consulta externa y urgencias ilimitadas por enfermedad, deberán ser solicitados para todo el grupo asegurado, al momento de la expedición, renovación, o hasta el mes 10 de vigencia de la póliza.
- En salud global y clásico, los anexos opcionales de emergencia por enfermedad (EMD) y odontológico, podrán ser solicitados para cada asegurado, al momento de la expedición, renovación, o hasta el mes 10 de vigencia de la póliza.
- En salud clásico, el anexo opcional exequial, deberán ser solicitados para todo el grupo asegurado, al momento de la expedición, renovación, o hasta el mes 10 de vigencia de la póliza.
- En salud global, el anexo opcional de renta diaria, se podrá solicitar para el tomador asegurado, esposa o compañera permanente del afiliado, al momento de la expedición o renovación de la póliza.

Menú  
Principal

Capitulo 2

**Se estudiaría anexando copia de la caratula vigente, coberturas, certificación que contenga fecha de antigüedad, preexistencias, extraprimas, negaciones y utilizaciones, de cada uno de los solicitantes.**

***Se tramitará directamente con la Dirección Comercial de Salud.***

- Los solicitantes deberán ser menores de 63 años de edad en los planes de salud vigentes: Global, Clásico y Evolucionaria.
- El estudio se deberá efectuar con anterioridad a la cancelación del contrato o póliza actual.
- Sí el solicitante sufre de una enfermedad cuyo tratamiento está amparado en nuestra póliza, pero este está limitado o excluido en el producto actual, dicho tratamiento se limitará o excluirá en el nuestro, debe entenderse que esta cláusula de antigüedad no opera para permanencia de amparos o condiciones especiales no cubiertas por la póliza de SURA, de ésta manera no hay lugar al concepto de continuidad de coberturas.
- Si alguno de los solicitantes tiene cirugías programadas o mujeres en estado de embarazo, se pospone el estudio del traslado hasta después que se haya realizado la cirugía o atendido el parto.
- Se debe tramitar la solicitud y declaración de asegurabilidad a través de Modernización.
- La evaluación se hará de acuerdo a los requisitos exigidos por edad, para otorgar antigüedad debe anexar el certificado de preexistencias, extraprimas y utilidades, o en su defecto copia del carnet y caratula de la actual vigencia donde se evidencie de forma clara la fecha de antigüedad. Solo en aquellos casos donde a través del cliente no se adjunten los requisitos antes mencionados, si los solicitantes fueron aprobados medicamente, la póliza podrá ser expedida SIN ANTIGÜEDAD, donde se otorgará un plazo máximo para aportar los requisitos hasta de 60 días calendario, y de esta forma actualizar la antigüedad. Si con dichos requisitos se identifican inconsistencias frente a lo declarado al momento de la suscripción, SURA podrá extraprimar, excluir o incluso cancelar la póliza expedida por la compañía.

- No se concede antigüedad para enfermedades congénitas (excepto si adquirieron este derecho en la compañía anterior, para lo cual deben adjuntar la respectiva certificación no mayor a 30 días). O en caso de presentar el carné de la otra compañía donde se observe que la fecha de antigüedad de los menores es inferior a su fecha de nacimiento, lo que indica que el usuario tiene la cobertura del Bebé gestante.
- No se concederá la antigüedad para traslados de Planes Complementarios, excepto del PAC de EPS SURA que se encuentren vigentes y al día con el pago de las primas, Todos los solicitantes serán evaluados.
- La Fecha de Inicio de vigencia para la póliza será igual a la fecha cancelación del producto anterior.
- Solicitantes que desde el área médica consideren que deban tener una exclusión o extraprima, antes de expedirla, el tomador deberá conocer y firmar el documento como aceptación, y enviarlo al área de evaluación, o si por el contrario decide continuar en la anterior Compañía.
- Para estudiar conservar la antigüedad, en todos los casos no deberán haber transcurrido más de 30 días desde la fecha de su retiro o cancelación.

- a. Diligenciar solicitud y declaración de asegurabilidad .
- b. Menores de 63 años (En Evolucionaria, Clásico, Global).
- c. Estar al día con los pagos.
- d. Mayores de 55 años con requisitos médicos.
- e. Recargos definitivos por la edad entre 50 y 59 años del 20% cuando no se encuentren acompañados por un menor de ese rango, entre 60 y menores de 63 años recargo del 50%).
- f. Se mantendrán las exclusiones
- g. Si alguno de los solicitantes tiene cirugías programadas o mujeres en estado de embarazo, se pospone su estudio hasta después que se haya realizado la cirugía o atendido el parto.
- h. La fecha de Inicio de vigencia de la nueva póliza deberá ser igual a la fecha de cancelación del producto anterior.
- i. El cambio de producto se realizaría a partir de la fecha de la solicitud del cliente, no retroactivo.

**El asegurado tendrá derecho a regresar a su producto anterior**, luego de 24 meses de la conversión cumpliendo con los literales antes relacionados de la a. hasta la i.

- A través de modernización diligenciar nueva solicitud electrónica y declaración de asegurabilidad.
- Si se solicita el traslado de un grupo familiar a salud global, donde existen asegurados mayores de 59 años, el grupo se deberá separar. Los menores de 63 años se estudian en global y los mayores de 63 años y menores de 70 años a salud clásico.
- En las colectivas tradicionales se concede sólo en aquellos casos donde el Afiliado “Trabajador” deja de pertenecer al grupo asegurable por retiro de la empresa.
- Para Evolucionar, no habrá límite de edad ni evaluación médica, solo diligenciar a través de modernización la solicitud, o una carta de cliente con la solicitud debidamente firmada con tipo y # de identificación.
- Si existen cirugías programadas o mujeres en estado de embarazo, se pospone el estudio del traslado hasta que se haya realizado la cirugía o atendido el parto.
- El grupo familiar a trasladar deberá estar al día en el pago de las primas.
- Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión que trae la póliza anterior.

INGRESO DE UN SOLICITANTE CON EDAD ENTRE LOS 60 Y MENORES DE 63 AÑOS.

---

Solo para los siguientes grupos familiares básico y/o parentescos:

**Casado:** Tomador, Esposa o Compañera Permanente , suegros y progenitores del tomador.

**Soltero:** Tomador y progenitores del tomador.

**Consideraciones:**

- Diligenciar solicitud y declaración de asegurabilidad .
- Se aplicará un recargo permanente del 50% por la edad. Cuando se encuentre acompañado en la misma póliza de salud al menos por otro asegurado menor de 65 años, en clásico se le otorgaría un descuento del 15% y en evolucionaria del 10%, hasta cumplir los 65 años de edad ( Se retirará el descuento a partir de la próxima renovación posterior al cumplir la edad en mención)

## ACTIVIDADES NO ASEGURABLES.

Menú  
Principal

Capítulo 2

Bomberos, militares y policías (exceptuando cuando se desempeñen al 100% en actividades administrativas), toreros, escoltas, investigadores judiciales de campo, guardas de penitenciarias, personas que manipulen material explosivo o radioactivo, mineros de socavón, boxeadores, pilotos militares, pilotos fumigadores, entre otras.



- Diabetes Tipo I.
- Cáncer metastásico. El cáncer de piel espinocelular y basocelular se evalúan a los 6 meses del diagnóstico y el cáncer papilar de tiroides se evalúa al año del diagnóstico. Los otros tipos de cáncer se evalúan después de 10 años del diagnóstico, siempre y cuando no haya presentado metástasis.
- Insuficiencia Renal crónica.
- Enfermedad poliquística renal.
- Lupus eritematoso sistémico (LES).
- Enfermedades musculares degenerativas (distrofias, miotonías).
- EPOC (Enfisema, Bronquitis crónica), Enfermedad pulmonar intersticial difusa. Fibrosis pulmonar.
- Síndrome de Down, Retardo Mental de cualquier grado y Síndrome de Asperger, autismo.
- Enfermedades Hematológicas (anemia falciforme, anemia hemolítica, talasemia mayor, hemofilia y otras deficiencias de factores de coagulación, Púrpuras (excepto púrpura trombocitopenica de Henoch Schonlein).
- VIH o SIDA.
- Cirrosis hepática.
- Trasplantes (excepto el de córnea).
- Enfermedades Psiquiátricas Severas (demencias crónicas, esquizofrenia, depresión mayor, - TAB severo no controlado, ciclador rápido, trastornos Psiquiátricos con origen orgánico (PANDAS, Síndrome prefrontal).

Menú  
Principal

Capitulo 2

- Obesidad grado 3 y obesidad Mórbida: IMC (índice de masa corporal) mayor o igual a 38.
- Adicción a sustancias psicoactivas y/o Alcohol (se podrán estudiar después de 2 años de Haber suspendido el consumo demostrado por historia clínica del psiquiatra tratante).
- Malformaciones cardiovasculares no tratadas y/o con secuelas.
- Enfermedad valvular cardiaca con prótesis mecánica.
- Enfermedad cerebro vascular (ECV) que incluye Hemorragia o Isquemia o Trombosis cerebral), parálisis cerebral, hidrocefalia, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, miastenia gravis, paraplejía o cuadriplejia, esclerosis múltiple, siringomielia, tabes dorsal, neurofibromatosis, tumores con efecto de masa a nivel craneal, fistulas de líquido de LCR activas, aneurismas o malformaciones venosas Cerebrales no tratadas y/o con secuelas.
- Otras enfermedades genéticas.

**\*\* Entre otras enfermedades definidas por Evaluación Médica.**

## Sujetos a estudio en Clásico y Evolucionaria, solo si tienen EPS CONTRIBUTIVO SURA

Menú  
Principal

Capítulo 2

ENFERMEDADES INCLUIDAS EN EL MANUAL NUEVA VISION DE PATOLOGIAS NO ASEGURABLES	REQUISITOS
ENFERMEDADES AUTOINMUNES	
DIABETES TIPO 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica completa y actualizada de médico internista tratante</li> <li>2. Hemoglobina glicada</li> <li>3. Colesterol total</li> <li>4. Colesterol HDL</li> <li>5. Triglicéridos</li> <li>6. Examen médico</li> <li>7. Parcial de orina</li> <li>8. Creatinina</li> <li>9. Electrocardiograma.</li> </ol> <p style="background-color: yellow;">En todos los casos llevará exclusión por diabetes y su tratamiento específico, además extraprima 100%</p>
ARTRITIS REUMATOIDEA	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Reumatólogo tratante, con reportes de estudios realizados</li> </ol>
FIBROMIALGIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Médico tratante, con reportes de estudios realizados</li> </ol>
HEMOCROMATOSIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Hematólogo o inmunólogo tratante, con reportes de estudios realizados</li> <li>2. pruebas de función hepática TGO, TGP</li> <li>3. Bilirrubinas</li> <li>4. Colesterol total</li> <li>5. Colesterol HDL</li> <li>6. Triglicéridos</li> <li>7. Glicemia</li> <li>8. Examen médico</li> </ol>

# PATOLOGIAS NO ASEGURABLES (4 de 5).

**Sujetos a estudio en Clásico y Evolucionaria, solo si tienen EPS CONTRIBUTIVO SURA**

Menú  
Principal

Capítulo 2

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	
ENFERMEDAD CORONARIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Cardiólogo tratante</li> <li>2. Colesterol total</li> <li>3. Colesterol HDL</li> <li>4. Triglicéridos</li> <li>5. Glicemia</li> <li>6. Examen médico</li> <li>7. Electrocardiograma</li> <li>8. Reporte de estudios realizados (prueba de esfuerzo) y ecocardiograma</li> </ol> <p>Nota: Edad en que presentó el evento coronario en cliente no menor a 45 años</p>
ESTENOSIS MITRAL	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Cardiólogo tratante</li> <li>2. Colesterol total</li> <li>3. Colesterol HDL</li> <li>4. Triglicéridos</li> <li>5. Glicemia</li> <li>6. Examen médico</li> <li>7. Electrocardiograma</li> <li>8. Ecocardiograma</li> </ol>
VASCULITIS DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE - PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN - VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA – ENFERMEDAD DE KAWASAKI – PURPURA ALERGICA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de hematólogo tratante</li> <li>2. Parcial de orina</li> </ol>
ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	
ENFERMEDAD DE CHRON	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Gastroenterólogo tratante</li> <li>2. Colonoscopia</li> </ol>
COLITIS ULCERATIVA	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Reporte de anatomía patológica</li> </ol>
ACALASIA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Gastroenterólogo tratante, con reportes de estudios realizados</li> </ol>
ENFERMEDADES DE PIEL	
ERITEMA NODOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Médico internista tratante, con reportes de estudios realizados</li> </ol>

## Sujetos a estudio en Clásico y Evolucionaria, solo si tienen EPS CONTRIBUTIVO SURA

Menú  
Principal

Capítulo 2

ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	
PARALISIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Médico especialista tratante, con reportes de estudios realizados</li> <li>2. Parcial de orina</li> <li>3. Creatinina</li> </ol>
HIDROCEFALIA	1. Copia de Historia clínica de Neurocirugía tratante, con reportes de estudios realizados
MIASTENIA GRAVIS	1. Copia de Historia clínica de Neurólogo tratante, con reportes de estudios realizados
TUMORES NERVIOS PERIFERICOS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica de Neurocirujano tratante, con reportes de estudios realizados</li> <li>2. Reporte de anatomía patológica</li> </ol>
TUMORES NERVIOS INTRACRANEALES	
TUMORES PINEALES	
HEMANGIOBLASTOMA	
MENINGIOMAS	
TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO	
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	
ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA	1. Copia de Historia de Neurólogo tratante, con reportes de estudios realizados
ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	
TALASEMIA BETA RASGO MENOR	1. Copia de Historia clínica de Hematólogo tratante, con reportes de estudios realizados
ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO	
HIPOPITUITARISMO	1. Copia de Historia clínica de Endocrinólogo tratante, con reportes de estudios realizados
ENFERMEDADES PULMONARES	
NEUMOCONIOSIS	1. Copia de Historia clínica de Neumólogo tratante, con reportes de estudios realizados
ENFERMEDADES RENALES	
NEFROPATIA DE MEMBRANA BASAL DELGADA O FINA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de Historia clínica completa y actualizada de nefrólogo tratante</li> <li>2. Creatinina</li> <li>3. Tasa de filtración glomerular</li> </ol>
GLOMERULOPATIA DE CAMBIOS MINIMOS O MEMBRANOSA, NEFROPATIA IgA	

Menú  
Principal

Capitulo 2

Siempre y cuando se soliciten asegurar 4 o más personas.

Deberán diligenciar solicitud electrónica y declaración de asegurabilidad firmada por el tomador a través de Firma Remota.

Se aceptarán inclusiones retroactivas, **dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha de retiro.**

**SALUD GLOBAL – CLÁSICO Y EVOLUCIONA.**  
**COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD Y BEBE GESTANTE :**



**\*\* SOLICITANTES QUE -SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS**

**\* ASEGURADAS QUE INGRESARON SOLAS Y SE EMBARAZARON ANTES DEL PERIODO DE CARENCIA 60 DÍAS. (1 DE 3)**

Tendrá la opción de estudiar la inclusión para la cobertura opcional de Maternidad y BB gestante o contratar el seguro así:

Menú  
Principal

Capitulo 2

- Edad máxima 45 años para la solicitante y máximo 26 semanas de embarazo.
- \*\* *Solicitantes entre 9 y 12 semanas de gestación, sujetas a aprobación médica.*
- \*\* *Solicitantes con menos de 9 semanas de gestación, se posponen.*
- \*\* **Al Bebe se le cobraría prima desde la semana 9, deberán presentar a SURA el resultado de la última ecografía, si se evidencia 2 o más embriones se cobraría retroactivo desde la semana 9 por cada uno. Si el cliente no lo notifica a SURA, y al momento del parto nacen 2 o mas bebes se cobraría por cada uno retroactivo desde la semana 9..**
- \*\* Si la solicitud es posterior a la semana 12 de gestación y es aprobada medicamente se cobrará la prima a partir de la semana 12, se declinará si el embarazo es múltiple o tenga un diagnóstico de un embarazo de alto riesgo.
- \*\* Se deberá enviar a evaluación con copia de la historia clínica completa del ginecólogo tratante con resultados de exámenes realizados, ecografía obstétrica, además carta firmada por el cliente donde acepta pagar la cobertura obstétrica por \$ 7.560.000 en caso de ser aprobada.
- \*\* En caso que la solicitud se realice después de la semana 20 de embarazo, deberá aportar copia del resultado de la ecografía obstétrica de TERCER NIVEL.
- \*\* En el plan salud evoluciona, al no contemplar en sus condiciones generales los amparos de cobertura de congénitas e inclusión automática sin evaluación y sin pago de prima hasta la próxima renovación, para el estudio del BB gestante, se le aplicaran todos los puntos anunciados anteriormente.
- \*\* La solicitud de estudio de la cobertura de BB gestante, se deberá solicitar en todos los casos, el BB en todos los casos pagará prima desde su nacimiento.



**SALUD GLOBAL – CLÁSICO Y EVOLUCIONA.**  
**COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD Y BEBE GESTANTE :**



**\*\* NUEVAS SOLICITANTES QUE NO TIENEN PÓLIZA DE SALUD, Y SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS ANTES DE ADQUIRIR EL SEGURO.**

**\* ASEGURADAS QUE INGRESARON SOLAS Y SE EMBARAZARON POTERIOR AL INGRESO Y ANTES DEL PERIODO DE CARENCIA 60 DÍAS. (2 DE 3)**

- **Las solicitantes que ya venga antes de solicitar el seguro con un embarazos in vitro, serán pospuestas hasta después del parto.**
- **En salud global, no se les podrá ofrecer, ni vender el anexo opcional de RENTA DIARIA.**
- **Las conversiones y cambios de tomador, no se aceptan para las mujeres embarazadas, se pospondrá su estudio hasta después del parto.**
- ***La prima por el bebé gestante corresponderá a la tarifa vigente del rango etario 0-14.***
- **Una vez nazca el bebé se deberá informar para su inclusión automática sin aportar historia clínica, solo en aquellos casos donde si se pago la cobertura de BB gestante.**
- **Las coberturas se prestarán única y exclusivamente a través de la red de prestadores que tiene contratada la compañía, en ningún caso existirá reembolso.**

**Parágrafo:** una vez se haya aprobada, deberán notificar al respectivo usuario líder para la generación del recibo manual por \$7.560.000 CON IVA (No financiable). Así mismo, ingresar en todos los casos la siguiente observación **“La asegurada XXXXXXXX, acepto pagar la cobertura obstétrica total \$ 7.560.000 con IVA, mediante recibo Nro. XXXXXXXX y la cobertura de BB gestante con pago de prima”**.

Menú  
Principal

Capitulo 2

**SALUD GLOBAL – CLÁSICO Y EVOLUCIONA.**  
**COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD Y BEBE GESTANTE :**



- \*\* **NUEVAS SOLICITANTES QUE NO TIENEN PÓLIZA DE SALUD, Y SE ENCUENTRAN EMBARAZADAS ANTES DE ADQUIRIR EL SEGURO.**
- \* **ASEGURADAS QUE INGRESARON SOLAS Y SE EMBARAZARON POTERIOR AL INGRESO Y ANTES DEL PERIODO DE CARENCIA 60 DÍAS.**

(3 DE 3)

**UNA VEZ ADQUIRIDA LA COBERTURA:** Las consultas de control prenatal tendrán cobertura en global y clásico a través del amparo de Consultas Prenatales hasta el valor contratado sin copago y sin sobrepasar el valor por vigencia anual. Una vez agotadas, podrá acceder a través del anexo de consulta externa hasta el valor contratado, siempre y cuando tenga contratado el anexo opcional. (Limitada si tiene saldo disponible, ilimitada menos el respectivo copago). En salud evoluciona en todos los casos será a través de consulta externa ilimitada con copago.

**Parágrafo:** En aquellos casos donde se presente un aborto, al cliente se le devolvería la prima una vez sean descontados los gastos incurridos por los controles prenatales, todo lo asociado a la maternidad y atención médica por el legrado, igualmente la prima del bebé gestante.

**SI NO SE PUEDE ASEGURAR EL BEBÉ POR CUALQUIER PATOLOGÍA, NO SE PODRÁ ASEGURAR LA MAMÁ O VICEVERSA.**

**En Global y Clásico no hay cobro de bebé gestante para las maternas aseguradas que NO ingresaron embarazadas a la póliza y NO cumplieron con el periodo de carencia, en EVOLUCIONA habrá cobro en todos los casos.**

Menú  
Principal

Capitulo 2

Se otorgarán los beneficios del amparo automático, cobertura de congénitas y sin cobro de prima hasta la renovación, siempre que se haya cumplido con los periodos de carencia enunciados en las condiciones generales.

Deberán anexar la copia del Registro Civil de Nacimiento.

Los recién nacidos en el exterior, no tendrán cobertura a través de la póliza de salud hasta su regreso a Colombia, por lo tanto se le montará la exclusión de todo tratamiento médico y clínico en el exterior, incluyendo la cobertura de asistencia en viaje.

Hasta 120 días siguientes a la fecha de cancelación con relación al último pago realizado. (1 de 2)

---

## Consideraciones:

- **Pólizas con menos de un año de antigüedad, se deben tramitar como negocio nuevo. No se otorgará antigüedad.**
- Pólizas con mas de 12 meses de antigüedad con la Compañía, se estudiarán por la sucursal con declaración de Asegurabilidad y conservando la antigüedad.

## Generalidades:

- Para el estudio de la rehabilitación, diligenciar nueva solicitud y declaración de asegurabilidad
- En los casos donde aparezca **una respuesta positiva** en la declaración de asegurabilidad, **se deberá enviar a EVALUACIÓN.**

Por la ley 1438, será responsabilidad de las sucursales y promotoras, validar a través de la página <http://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA> que los solicitantes se encuentren con derecho al servicio en la EPS – Régimen Contributivo.

Los afiliados a EPS SURA, lo podrán verificar directamente a través de global web, opción “Afiliados PBS EPS Sura”.

Menú  
Principal

Capitulo 2

## Hasta 120 días siguientes a la fecha de cancelación con relación al último pago realizado. (2 de 2)

Se deberá dar claridad que:

- El plazo para legalizar el recibo generado por la rehabilitación, que corresponde a los periodos adeudados será de 2 días hábiles, ya que de lo contrario la póliza será cancelada de nuevo por no pago.
- El valor pagado por la rehabilitación, será para conservar los beneficios que el asegurado había adquirido como antigüedad, periodos de carencias y enfermedades adquiridas.
- Los eventos médicos que hayan ocurrido durante el periodo que el seguro estuvo cancelado, no tendrán cobertura, ni se dará opción alguna de reembolso.
- Al correo de consultas SÓLO se deberá enviar aquellas pólizas que superen los 120 días de cancelados o a Evaluación los que tengan respuestas positivas en la declaración sin importar el tiempo de cancelada.

Menú  
Principal

Capitulo 2

# Capítulo III – Descuentos

- DESCUENTO COMERCIAL POR RANGO DE EDAD. APLICA PARA SALUD CLÁSICO Y PERSONALIZADO ([Ver](#))
- DESCUENTO COMERCIAL POR RANGO DE EDAD. APLICA PARA SALUD EVOLUCIONA ([Ver](#))
- DESCUENTO COMERCIAL POR GRUPO FAMILIAR. APLICA PARA SALUD GLOBAL ([Ver](#))
- DESCUENTO COMERCIAL PARA MÉDICOS ADSCRITOS ASEGURADOS SOLO EN GLOBAL O CLÁSICO. ([Ver](#))
- DESCUENTO POR AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA. SALUD GLOBAL - CLÁSICO – EVOLUCIONA Y PERSONALIZADO. ([Ver](#))

Descuento del 15% para los asegurados que se encuentren entre 41 y 64 años, siempre que hayan 2 o más asegurados vigentes, solo se permitirá que el acompañante para el asegurado del rango 41-64 sea menor a 65 años.

- Al asegurado de 65 años, se retirará el descuento en la siguiente renovación.
- Se suspenderá el descuento en caso de no cumplir el número mínimo de asegurados (2).
- En ningún caso se aceptará otorgar el descuento de forma retroactiva.

Descuento del 10% para los asegurados que se encuentren entre 41 y 64 años, siempre que hayan 2 o más asegurados vigentes, solo se permitirá que el acompañante para el asegurado del rango 41-64 sea menor a 65 años.

- Al asegurado de 65 años, se retirará el descuento en la siguiente renovación.
- Se suspenderá el descuento en caso de no cumplir el número mínimo de asegurados.
- En ningún caso se aceptará otorgar el descuento de forma retroactiva.



## DESCUENTO COMERCIAL POR RANGO DE EDAD. (Salud Personalizado)

---

Menú  
Principal

Capítulo 3

Descuento del 15% para los asegurados que se encuentren entre 41 y 64 años, siempre que hayan 2 o más asegurados vigentes, solo se permitirá que el acompañante para el asegurado del rango 41-64 sea menor a 65 años.

- Al asegurado de 59 años, se retirará el descuento en la siguiente renovación.
- Se suspenderá el descuento en caso de no cumplir el número mínimo de asegurados.
- En ningún caso se aceptará otorgar el descuento de forma retroactiva.

# DESCUENTO COMERCIAL POR GRUPO FAMILIAR PARA SALUD GLOBAL.



Menú  
Principal

Capítulo 3

Se otorga para el tomador asegurado, cónyuge o compañera (o) permanente (menores de 65 años) y para los hijos (menores de 30 años) **EXCLUSIVAMENTE**, si no cumplen estas condiciones el descuento no será otorgado.

No se otorga el descuento de forma retroactiva

- Tomador más Cónyuge 10%
- Tomador más un hijo 10%
- Cónyuge más un (1) Hijo 10%
- Dos hijos 10%
- Tomador más dos (2) o más Hijos: 15%
- Tomador + Cónyuge + 1 o más Hijos: 15%
- Cónyuge + dos (2) o más Hijos: 15%

- Se otorgará cuando el médico adscrito haya entregado y cumplido con los requisitos necesarios

Los requisitos que el prestador debe cumplir para recibir el descuento son:

Contrato  
Habilitación  
Póliza de responsabilidad civil vigente  
ARL  
Examen medico laboral  
Asociado para transcribir Mipres con EPS Sura  
Interoperabilidad con Suramericana (Pediatría, Ginecología, Medicina Interna)

### Los descuentos se otorgarían de la siguiente forma:

1. Descuento del 15% cuando se asegura solo el médico.
  2. Descuento del 10% cuando se asegura el médico con su grupo familiar básico (Cónyuge e hijos menores de 30 años dependientes).
- El tomador deberá ser el médico como persona natural.
  - No se aceptará otorgar descuentos retroactivos.
  - La funcionaria encargada de la certificación a nivel nacional es:  
Gladys Elena Mesa Vargas correo [gemesa@sura.com.co](mailto:gemesa@sura.com.co)

Menú  
Principal

Capitulo 3

El descuento se otorgará a partir de la fecha de actualización, cuando exista inconsistencia en pagos del asegurado en la EPS SURA REGIMEN CONTRIBUTIVO.

En casos que se demuestre que existió inconsistencia en el tipo y número de identificación, se realizaría la devolución retroactiva máximo **hasta la última renovación**.

En **EVOLUCIONA, MAYORES y PERSONALIZADO** aplica los descuentos de la columna “Con anexo de consulta externa”.

Forma de Pago	Con anexo de Consulta Externa	Sin anexo de Consulta Externa
Mensual	\$ 11.400	\$ 8.000
Trimestral	\$ 33.654	\$23.560
Semestral	\$ 65.518	\$45.978
Anual	\$ 125.275	\$87.912

# Capítulo IV – Modificaciones

- POLITICA GENERAL PARA CONVERSIONES ([Ver](#))
- CAMBIOS EN LA PERIODICIDAD DEL PAGO DE LA PRIMA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ([Ver](#))
- CAMBIOS DE TOMADOR DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ([Ver](#))
- CAMBIOS DE PLAN/NUMERACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ([Ver](#))
- EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS ([Ver](#))
- CAMBIOS DE PLAN LIMITADO A ILIMITADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ([Ver](#))
- CAMBIOS DE PLAN ILIMITADO A LIMITADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ([Ver](#))
- CANCELACIÓN DE PÓLIZAS O RETIRO DE ASEGURADOS DE FORMA VOLUNTARIA BUSCANDO CONSERVAR LA ANTIGÜEDAD. ([Ver](#))
- PROCESO CUANDO UN ASEGURADO O SU GRUPO FAMILIAR DESEAN PASAR DE UN NEGOCIO FAMILIAR A UN COLECTIVO DE SURA O VICEVERSA. ([Ver](#))
- CONVERSIONES DE UN PRODUCTO MENOR A UNO MAYOR, EJEMPLO: DE CLÁSICO A GLOBAL O DE EVOLUCIONA A CLÁSICO O GLOBAL ([Ver](#))
- MODIFICACIONES VALORABLES RENTA DIARIA (GLOBAL). EXEQUIAL (CLÁSICO). ANEXOS OPCIONALES CON COBRO DE PRIMA. CONSULTAS EXTERNA, URGENCIAS ILIMITADAS POR ENFERMEDAD, ODONTOLÓGICO. ([Ver](#))
- ANEXO OPCIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA DOMICILIARIA GLOBAL Y CLASICO. ([Ver](#))
- ANEXO OPCIONAL ODONTOLÓGICO CON PAGO ADICIONAL DE PRIMA EN LOS PLANES DE SALUD GLOBAL Y CLÁSICO. ([Ver](#))
- CONVERSIONES DE UN PRODUCTO MAYOR A UNO MENOR., EJEMPLO: DE GLOBAL A CLASICO. ([Ver](#))
- CONVERSIÓN DE: EVOLUCIONA Y PERSONALIZADO. •GLOBAL O CLÁSICO MAYORES. A SU PRODUCTO ANTERIOR CLÁSICO O GLOBAL ESTÁNDAR. ([Ver](#))
- CONVERSION DE PERSONALIZADO A EVOLUCIONA ([Ver](#))
- CONVERSION para mayores de 59 años de PERSONALIZADO Y EVOLUCIONA A SALUD CLÁSICO ([Ver](#))

- Inclusión de anexos opcionales.
  - Exclusión de anexos opcionales.
  - Exclusión de asegurados.
  - Conversiones a un plan menor.
  - Cancelación de la póliza.
- 
- Los tomadores en las pólizas de salud que requieran realizar modificaciones, lo podrán hacer mediante comunicación escrita, firmada con tipo y Número de identificación o través del correo electrónico personal del tomador. Desde la oficina deberán verificar previamente que si corresponda al que aparece en Suracliente.
  - Se podrá realizar en cualquier momento durante la vigencia de la póliza,
  - La póliza deberá estar al día con el pago de las primas y será efectiva a partir de la fecha de radicación de la solicitud.
  - No se realizará de forma retroactiva.

Menú  
Principal

Capitulo 4

Esta opción es utilizada cuando el cliente desea cambiar de producto, es decir, de Clásico a Global o viceversa, de global a personalizado, de clásico a personalizado o viceversa, es necesario anular los recibos pendientes generados después de la fecha en que se procederá a realizar la modificación.

Para realizar el proceso de cancelación debe ingresar al aplicativo de Global Web, dirigirse a la opción Modificaciones Valorables, Cancelación de pólizas, diligenciar la información correspondiente al producto y numero de póliza, al ingresar debe relacionar toda la información solicitada, ingresa la fecha en la cual la póliza será cancelada por la opción **CONVERSION**.

PÓLIZA FAMILIAR-CANCELACIÓN DE PÓLIZA			
Número de Póliza	835301	Plan	PLAN SALUD CLÁSICO FAMILIAR
Fecha Inicio de Vigencia	2010/08/01	Fecha Fin de Vigencia	2011/08/01
Forma de Pago	COBRO BANCARIO	Periodicidad de Pago	MENSUAL
Prima Anual	1,749,396		
TOMADOR			
Tipo de identificación	Número de identificación	Nombre o Razón Social	
CEDULA	31577182	EDNA MARGARITA ECHEVERRY CASTRO	
DATOS DE LA CANCELACIÓN DE PÓLIZA			
Número de Solicitud	<input type="text"/>	Causa de la cancelación	DEFAULT
Fecha de Solicitud (yyyy/mm/dd)	<input type="text"/>	Fecha de Radicación (yyyy/mm/dd)	DEFAULT
FECHA FIN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
<input type="radio"/>	Fecha de Corte Anterior	2010/12/01	
<input type="radio"/>	Fecha de Próximo Corte	2011/02/01	
<input checked="" type="radio"/>	Otra Fecha (yyyy/mm/dd)	<input type="text"/>	
Cancelar Póliza			error

Te invitamos a analizar y tener presente antes de realizar la modificación, que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.

1. De una periodicidad mayor a una menor (de anual a semestral, trimestral o mensual; de Semestral a trimestral o mensual y de trimestral a mensual), en cualquier momento.
  
2. De una periodicidad menor a una mayor, solo se podrá realizar:
  - De semestral a anual: Solo en el 1er semestre .
  - De trimestral a semestral o anual. Desde el inicio de vigencia y hasta finalizar el segundo trimestre
  - De mensual a Trimestral, Semestral o anual a partir de la 1ra a la sexta mensualidad.



- La fecha para efectuar el cambio deberá ser igual o mayor al de la última utilización.
- Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión.
- El cambio de tomador cuando existe en curso un amparo de maternidad (madre o padre) se pospondrá hasta después del parto.
- No será retroactivo.
- La fecha de cancelación debe coincidir con la fecha de expedición del nuevo producto.
- **Te invitamos a analizar y tener presente antes de realizar la modificación, que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

Menú  
Principal

Capítulo 4

# CAMBIOS DE PLAN Y/O NUMERACIÓN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN SALUD GLOBAL Y CLÁSICO.

- La fecha para efectuar el cambio deberá ser igual o mayor al de la última utilización.

Las opciones serán:

1. De mayor a menor numeración en cualquier momento, sin declaración de asegurabilidad, mediante comunicación del tomador.
2. Hasta dos planes por encima del actual en cualquier momento sin evaluación, y sin declaración de asegurabilidad, mediante comunicación del tomador.
3. Más de dos planes por encima del actual: -Va a evaluación, y se solicitará declaración de asegurabilidad.

**Para los numerales 1 y 2, en cualquier momento sin evaluación,** Quedará a criterio de la sucursal, será dentro del mismo producto y con iguales condiciones sobre limitado o ilimitado en sus anexos. **para el numeral 3 solo hasta 30 días después de la renovación .**

- El cambio de Plan y/o Numeración cuando existe en curso un amparo de maternidad (madre o padre) se pospondrá hasta después del parto.

Menú  
Principal

Capítulo 4

## CAMBIOS DE PLAN LIMITADO A ILIMITADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

---

Se autoriza, siempre que:

1. Sea Solicitado para todo el grupo asegurado.
1. Canceleen la totalidad de los copagos de servicios solicitados durante la actual vigencia de la póliza.
1. Se realizaría a partir de la fecha de la solicitud

Menú  
Principal

Capitulo 4

## CAMBIOS DE PLAN ILIMITADO A LIMITADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

---

Esta modificación se permitirá en la RENOVACIÓN.

Menú  
Principal

Capitulo 4

- Se otorgará la antigüedad hasta 30 días calendario posterior a la recepción de la solicitud de retiro, con el respectivo cobro de prima y declaración de asegurabilidad. Posterior a esto sería inclusión o negocio nuevo sin antigüedad

- El Tomador **deberá enviar la solicitud. Modificación** que se realizará a partir de la fecha de retiro de la póliza colectiva.
- Se trasladarán las exclusiones y extraprimas que tengan los asegurados.
- **Tendrá que solicitar ingreso, adjuntando la solicitud de retiro de la póliza actual.**
- Si se traslada a un producto **menor o similar, basta la carta**; si es a un producto mayor **debe diligenciar la solicitud y** declaración de asegurabilidad a través de modernización.

# CONVERSIONES DE UN PRODUCTO MENOR A UNO MAYOR

## EJEMPLO: DE CLÁSICO A GLOBAL O DE EVOLUCIONA A CLÁSICO O GLOBAL

1. El asegurado deberá ser menor de **63 años**. (De evoluciona a Clásico sin límite de edad y previa evaluación médica del estado de salud)
2. Se podrá solicitar durante la vigencia de la póliza.
- 3. Se aceptará aumento a salud global durante la vigencia cuando el (los) asegurado (s) salen del país.**
4. Se deberá diligenciar solicitud y declaración de asegurabilidad, y se podrán solicitar los exámenes o pruebas médicas necesarias.
5. No se aceptará la conversión de un producto inferior a uno superior a aquellos asegurados que sufran alguna enfermedad grave o de alto costo (en estos casos el grupo familiar se podrá partir en dos pólizas, los estándar en el producto mayor, y los riesgos agravados deberán continuar en el mismo producto).
6. La póliza a convertir en todos los casos deberá estar al día en el pago de las primas.
7. Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión que trae de la póliza anterior.
8. El cambio de plan se realizaría a partir de la fecha de la solicitud del cliente (No retroactivo).
9. La conversión cuando existe en curso un amparo de maternidad (madre o padre) se pospondrá hasta después del parto.

**Tener presente que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

**INCLUSIÓN DEL ANEXO OPCIONAL DE RENTA DIARIA (GLOBAL), SOLO EN LA RENOVACIÓN Y PARA MENORES DE 63 AÑOS.**

1. se deberán solicitar con anterioridad a la Renovación, diligenciando declaración de asegurabilidad-
2. No se concederá la Renta Diaria a mujeres que se encuentren en estado de Embarazo.
3. No se concederá la Renta Diaria cuando el asegurado tenga una cirugía programada.
4. No se concederán Renta Diaria para aquellos asegurados que sufran alguna enfermedad grave o de alto costo.
5. El anexo de Renta Diaria, Sólo se otorga para el tomador y/o cónyuge. La suma asegurada mínima será \$ 50.000 y máxima hasta \$ 350.000 diarios.

**INCLUSIÓN DE ANEXOS OPCIONALES CONSULTA EXTERNA, URGENCIA POR ENFERMEDAD, ODONTOLÓGICO y EXEQUIAL (Clásico).**

1. se deberá entregar una comunicación por el tomador donde autoriza la modificación. se realizará a partir de la fecha de notificación por el cliente.
2. Los anexos de consulta externa, urgencias ilimitadas por enfermedad, odontológico y o exequial (clásico): Se deberá solicitar al momento de la renovación o hasta el mes 10 de su vigencia.
3. Los anexos de consulta externa y urgencias por enfermedad ilimitadas: Se deberá solicitar para todas las personas aseguradas,.
4. El anexo odontológico, se podrá solicitar e incluir por asegurado (No es obligatorio por grupo familiar), independiente de su edad, y estado de salud. **EL exequial se debe solicitar para todos**

**EXCLUSIÓN DE ANEXOS.**

En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, mediante comunicación del tomador, se realizará a la fecha posterior a la última utilización, o de la solicitud.

1. Solicitar mediante comunicación firmada por el tomador, o correo electrónico personal del mismo,.
2. Se podrá contratar hasta el mes 10.
3. Sin evaluación.
4. Puede ser solicitado para uno o varios de los asegurados.
5. Cobertura inicialmente en las ciudades de Bogotá, Cali, y Medellín.
6. Sin copago, ni deducible.
7. Sin reembolso
8. Se pagará la comisión establecida para los anexos opcionales.
9. Periodo de carencia para algunas coberturas.

Menú  
Principal

Capitulo 4

Tarifas antes de IVA

TARIFA MENSUAL	\$ 61,607
TARIFA TRIMESTRAL	\$ 181,183
TARIFA SEMESTRAL	\$ 352,930
TARIFA ANUAL	\$ 672,644



## ANEXO DE EMERGENCIA MÉDICA DOMICILIARIA EN GLOBAL Y CLASICO.

---

1. Se deberá solicitar mediante comunicación del tomador.
2. Se podrá contratar hasta el mes 10.
3. Sin evaluación.
4. Puede ser solicitado para uno o varios de los asegurados de la póliza.
5. Dependiendo de la ciudad de residencia del asegurado, se deberá informar el nombre de la entidad prestadora y colocar en el sistema global web. El asesor deberá verificar que el asegurado si se encuentre dentro del área de cobertura antes de venderle el anexo.

Cuando se trate de un bebé con amparo automático, se debe solicitar al usuario líder de su regional, la generación de un recibo manual por este concepto cuando la madre del recién nacido no tenga contratado este anexo opcional.

Recordemos que en el plan salud evoluciona la cobertura hace parte del amparo básico con pago de copago.

Menú  
Principal

Capitulo 4

COMO ANEXO OPCIONAL Y PAGO DE PRIMA ADICIONAL - SIN COPAGO.

PRESTADORES DE EMERGENCIA MÉDICA DOMICILIARIA PARA EL PLAN	
EVOLUCIONA A NIVEL NACIONAL	
PRESTADOR	CIUDAD
AMI	Cartagena
AMI	Barranquilla
AMI	Santa Marta
AMI	Valledupar
AMI	Montería
AME	Bucaramanga
EMI	Eje Cafetero (Armenia, Manizales, Pereira)
EMI	Cali - Palmira
EMI : <b>EN TODOS LOS CASOS</b>	Bogotá - Chía
EMI	Medellín - <u>Rionegro</u>
EMERMÉDICA	Neiva
EMERMÉDICA	Villavicencio
SAMID	Ibagué

DENTRO DEL BÁSICO EN EVOLUCIONA CON COPAGO.

PRESTADORES DE EMERGENCIA MÉDICA DOMICILIARIA PARA CLÁSICO Y GLOBAL	
A NIVEL NACIONAL	
PRESTADOR	CIUDAD
AMI - EMI	Cartagena
AMI - EMI	Barranquilla
AMI	Santa Marta – Valledupar - Montería
AME	Bucaramanga
SAMI	Cúcuta
EMI	Eje Cafetero (Armenia, Manizales, Pereira)
EMI	Cali - Palmira
EMI - EMERMÉDICA	Bogotá - Chía
EMI	Medellín – <u>Rionegro</u> – La Ceja - Marinilla
EMERMÉDICA	Neiva
EMERMÉDICA	Villavicencio
SAMID	Ibagué

Menú Principal

Capítulo 4

1. Diligenciando la solicitud, comunicación o correo electrónico personal del cliente autorizando. La póliza deberá estar al día en el pago. Para los casos donde la antigüedad es superior a 12 meses se permitirá hacer la conversión de manera retroactiva hasta dos meses sin cobro de utilidades.
2. Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión.
3. La fecha de Inicio de vigencia de la nueva póliza deberá ser igual a la fecha de cancelación de la póliza anterior.
4. El cambio de producto se realizaría a partir de la fecha de la solicitud del cliente.

**Analizar antes de realizar la modificación que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

## CONVERSIÓN DE EVOLUCIONA, SALUD PERSONALIZADO, GLOBAL MAYORES O CLÁSICO MAYORES A SU PRODUCTO ANTERIOR CLÁSICO O GLOBAL ESTÁNDAR.



El Tomador tendrá derecho a regresar a su producto anterior, siempre y cuando:

- La póliza a convertir deberá estar al día en el pago de las primas.
- El tomador diligencie la solicitud y declaración de asegurabilidad.
- Desde evaluación podrán solicitar exámenes o pruebas médicas necesarias.
- Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión que trae de la póliza anterior.
- La fecha de inicio de vigencia de la nueva póliza deberá ser igual a la fecha de cancelación de la póliza anterior.
- Cuando la conversión se solicite a una póliza Global Estándar, no deben haber transcurrido más de 24 meses desde la conversión inicial a esta.
- La conversión cuando existe en curso un amparo de maternidad (madre o padre) se pospondrá hasta después del parto.

Menú  
Principal

Capitulo 4

**Tener presente antes de realizar la modificación que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

- Sin límite de edad y SIN evaluación del estado de salud.
- Diligenciando la solicitud a través de modernización, comunicación o correo electrónico personal del cliente autorizando. Sin declaración de asegurabilidad.
- Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión.
- La fecha de Inicio de vigencia de la nueva póliza deberá ser igual a la fecha de cancelación de la anterior.
- El cambio de producto se realizaría a partir de la fecha de la solicitud del cliente.

Menú  
Principal

Capitulo 4

**Analizar antes de realizar la modificación que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

- Sin límite de edad y con evaluación del estado de salud.
- Diligenciar la solicitud a través de modernización.
- Se mantendrán las extraprimas y anexos de exclusión que trae de la póliza anterior.
- La fecha de Inicio de vigencia de la nueva póliza será igual a la fecha de cancelación de la anterior.
- El cambio de producto se realizaría a partir de la fecha de la solicitud del cliente, no retroactivo.

Menú  
Principal

Capitulo 4

**Tener presente antes de realizar la modificación que este cambio podrá acarrear pérdidas de descuentos comerciales o incremento en primas, con base al plan vigente del año en curso, cambio en el rango de edad, entre otros.**

# Capítulo V – Pagos

---

- PERIODICIDAD. ([Ver](#))
- CONVENIOS DE PAGO Y ABONOS ([Ver](#))
- RECIBOS DE COBROS SIN FINANCIACIÓN. ([Ver](#))

**Periodicidad: Anual, Semestral, Trimestral o Mensual.**

**Débito automático:** Puedes inscribir el cobro programado matriculando el **débito automático** en cualquier momento de la vigencia, sólo tienes que diligenciar los campos básicos que se encuentran en el formato a la hora de solicitar tu póliza de salud, con tu asesor y te debitamos de tu cuenta bancaria o tarjeta de crédito. También puedes realizar tu inscripción ingresando a la sucursal virtual para gestionar tus seguros.

**Pago express:** ingresa a [www.segurossura.com.co](http://www.segurossura.com.co) y en la opción “pago express” que encuentras en el home podrás pagar tus seguros con tarjeta de crédito, PSE, cuando lo desees o puedes generar un cupón si prefieres pagar de forma presencial en las entidades bancarias y red de corresponsales aliados como Bancolombia, Davivienda, BBVA Banco de Occidente y Banco de Bogotá.

**Convenios en entidades bancarias y corresponsales aliados:** si deseas pagar de forma presencial no necesitas tener de forma física tu factura o un cupón de pago, tenemos habilitados convenios en oficinas de Bancolombia, Banco de Occidente, Banco de Bogotá y en la red corresponsales aliados, en los cuales podrás pagar informando solamente el número de cédula y el número del convenio.

Estas opciones también aplican para seguros financiados (A excepción de los pagos con tarjeta de crédito desde pago express).

Para conocer el detalle de los medios de pago disponibles para tu seguro, puedes dirigirte a la página de internet <http://www.sura.com/formas-pago/recaudos.html>.



# CONVENIOS DE PAGO Y ABONOS

---



No se aceptarán Convenios de pago ni abonos.

En aquellos casos que el cliente vaya a pagar la totalidad de la prima con dos medios de pago diferentes, se deberá remitir a la sucursal donde se cuente con la caja para legalizar el respectivo cobro.

La autorización de los servicios estarán sujetos al pago oportuno de las primas de acuerdo a los plazos establecidos en las Condiciones Generales de la póliza.

Menú  
Principal

Capitulo 5

- Cobertura obstétrica cuando la solicitante ingresa embarazada, o estando asegurada sola, y la fecha de concepción es posterior a la fecha de expedición de la póliza y no cumple el periodo de carencia establecido en las condiciones generales.
- Congelación o cancelación temporal.

# Capítulo VI – Políticas Varias

---

- Anexo de exclusión asegurados radicados en el exterior. ([Ver](#))
- Congelación cancelación temporal de la póliza de salud. ([Ver](#))
- Extensión de cobertura en el exterior. Aplica solo en salud global. ([Ver](#))
- Calculadora ([Ver](#))

# Anexo de exclusión asegurados radicados en el exterior



Menú  
Principal

Capitulo 6

ANEXO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SALUD XXXXXXXX NRO. 90-XXXXXXX.

HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SALUD NÚMERO 90-XXXXXXX

COMO TOMADOR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX DE LA PÓLIZA ARRIBA CITADA Y TENIENDO EN CUENTA QUE LOS ASEGURADOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXX., RESIDEN FUERA DE COLOMBIA, EXPRESO IRREVOCABLEMENTE QUE ACEPTO QUE LOS GASTOS CORRESPONDIENTES A EVENTOS MÉDICOS Y CLÍNICOS AMPARADOS POR LA PÓLIZA DE SALUD, SOLO SEAN RECONOCIDOS A LOS ASEGURADOS SI DICHOS GASTOS SE CAUSAN POR ATENCIONES MEDICAS O CLINICAS OCURRIDOS DENTRO DEL TERRITORIO COLOMBIANO, ES DECIR EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE SE ACEPTA QUE DE LA PÓLIZA DE SALUD A QUE ALUDE EL PRESENTE ANEXO SE EXCLUYEN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CLÍNICOS OCURRIDOS Y ATENDIDOS EN EL EXTERIOR, INCLUYENDO LAS COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

ALCANCE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LOS ASEGURADOS RADICADOS EN EL EXTERIOR A TRAVÉS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE.

EN LA PRESENTE PÓLIZA DE SALUD, PARA LOS ASEGURADOS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX., QUE ESTÁN RADICADOS EN EL EXTERIOR, SE LE EXCLUYE TODO TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRURGICO POR FUERA DEL TERRITORIO COLOMBIANO, INCLUYENDO LA ASISTENCIA EN VIAJE EN COLOMBIA Y EN EL PAÍS DE RESIDENCIA HABITUAL PARA EL RESTO DEL MUNDO, PARA LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE TENDRA LOS MISMOS BENEFICIOS DESCRITOS EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE DENTRO DE LOS 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE SALIDA DEL PAÍS DE RESIDENCIA HABITUAL.

EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN A SU CONTENIDO SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Mes/ día / Año

CIUDAD Y FECHA.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

FIRMA DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.

CC. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

La compañía se reservará el derecho de conceder la congelación o cancelación de la póliza o de sus asegurados. (la congelación o cancelación no hace parte de las condiciones generales de la póliza).

Consiste en cancelar temporalmente la cobertura por un período determinado NO SUPERIOR a 3 años continuos o discontinuos.

**Sólo se estudiará para los asegurados que lleven más de un año continuo en la póliza de salud con SURA.**

Se estudia el beneficio de congelación en el exterior, en los siguientes casos:

- 1 Por estudio: Anexar certificado de estudios de la respectiva institución educativa.
- 2 Intercambio laboral: Carta de la empresa con logo firmada por el representante legal.
- 3 Trabajo en el exterior, con carta del tomador.
- 4 Otros motivos máximo 12 meses.

(En los casos 1, 2 y 3 entre **3** y hasta 36 meses). Se puede otorgar para los familiares del grupo familiar básico asegurados en la misma póliza que viajen con el estudiante o trabajador.

En Colombia se estudiaría el beneficio de congelación parcial de la póliza, (Mínimo 3 meses y máximo 12 meses), **será necesario la carta del tomador debidamente firmada con la respectiva solicitud de congelación, fechas de inicio y fin de la congelación, y la aceptación del pago del recargo con base al % del total de la prima del asegurado (s).**

- Congelación por 3 meses 10% de la prima anual, se puede extender por 3 meses adicionales sin cobro de prima.
- Congelación por 6 meses 10% de la prima anual, se puede extender hasta 6 meses adicionales con cobro del 10% adicional de la prima anual.
- Congelación por 12 meses 20% de la prima anual.

**Pago del recibo de cobro por congelación en el exterior:** se debe pagar dentro de los 30 días siguientes a la generación del recibo de cobro.

- A. Entre 3 y 6 meses: 10% del total de la prima anual total del asegurado.
- B. Entre 6 y 12 meses: 20% del total de la prima anual total del asegurado.
- C. Entre 12 y 18 meses: 30% del valor total de la prima anual total del asegurado.
- D. Entre 18 y 24 meses: 40% del valor total de la prima anual total del asegurado.
- E. Entre 24 y 36 meses: 60% del valor total de la prima anual total del asegurado.

**EL TOMADOR O ASEGURADO DEBERÁ CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS** (Por Escrito, y debidamente firmada por el tomador de la póliza):

1. Motivo del viaje y país al cuál viajará.
2. Descripción de comisión laboral, y nombre de la empresa (Certificado de la Empresa con Logo y firmada por el representante Legal), donde conste las fechas de inicio y fin de la comisión laboral.
3. Para estudiantes. Certificado de la Universidad donde conste las fecha de inicio y fin de los estudios.
4. Fecha de salida y fecha de regreso al país.

**Valor de la prima:** Con base al tiempo acordado entre las partes, se deberá solicitar la realización de un recibo de cobro por el total del % de forma anticipada, y su pago se deberá realizar dentro de los 30 días siguientes a la generación del recibo de cobro.

Es muy importante colocar en las observaciones de cada asegurado del sistema Global Web, las fechas de inicio y fin la cual se le otorgó la congelación, así mismo las fechas en caso de haber sido otorgada una extensión de la congelación.

Menú  
Principal

Capítulo 6

### Requisitos para levantar el congelamiento:

- Régimen contributivo vigente a su regreso al país (ya que de lo contrario NO será posible descongelarlo), **Recordemos:**

Por la ley 1438, será responsabilidad de las sucursales y promotoras, validar a través de la página <http://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA> que los solicitantes se encuentren con derecho al servicio en la EPS – Régimen Contributivo.

- Solicitar el descongelamiento máximo dentro de los 30 días siguientes al ingreso del asegurado al país.
- No se aceptará la congelación o descongelación retroactiva o anticipada.
- El asegurado obtiene el derecho, que una vez terminado el período de cancelación temporal, el seguro se restablezca en las condiciones actuales de coberturas y antigüedad, en todos los casos con el plan vigente durante el año calendario para el momento de la descongelación (Con el cobro de las respectivas primas vigentes), sin ningún tipo de evaluación del estado del riesgo.
- Si durante el período de cancelación temporal nace un bebé, este no tendrá derecho al amparo automático, ni a las enfermedades congénitas, y se estudiará como una nueva inclusión.

El estudio para la extensión de cobertura se deberá solicitar mínimo con 10 días hábiles de anterioridad a la fecha de iniciación del viaje.

No se aceptará el estudio para la extensión de cobertura, cuando:

1. El asegurado ya haya salido del país.
2. El no cumplimiento de los requisitos que se describen a continuación, los cuales deberán ser presentados a SURA antes del viaje.

### REQUISITOS:

- A. Que el asegurado **lleve 18 meses o más de aseguramiento continuo en Salud Global**
- B. Que el motivo del viaje sea por estudio o comisión laboral.
- C. Para estudiar la extensión, la póliza deberá estar al día con el pago de las primas

**DEBERÁN ENVIAR ANTES DEL VIAJE A LA GERENCIA DE PRODUCTO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN REQUERIDA:** (Por Escrito, y firmada por el tomador de la póliza):

1. Motivo del viaje y país al cual viajará.
2. Descripción de comisión laboral, y nombre de la empresa (Certificado de la Empresa con Logo y firmada por el representante Legal), donde conste la fecha de inicio y fin de la comisión laboral
3. Para estudiantes. Certificado de la Universidad donde conste la fecha de inicio y fin de los estudios.
4. Fecha de salida y fecha de regreso al país
5. El asegurado ya deberá tener el documento legal vigente para el ingreso al respectivo país.
6. No aplica en aquellos casos donde el cliente consiguió un trabajo en el exterior, y este no corresponde a una comisión laboral.

Menú  
Principal

Capítulo 6



Los 1ros 90 días continuos en el exterior no tendrán costo de prima adicional.

Se podrá estudiar la extensión de cobertura máximo hasta 90 días adicionales, siempre que el asegurado asuma el respectivo recargo, con base al tiempo adicional que solicite.

**ANTES DE SOLICITAR LA EXTENSIÓN DE COBERTURA, ES NECESARIO QUE EL CLIENTE HAYA CONOCIDO DE FORMA AMPLIA Y ACEPTADO PREVIAMENTE EL COSTO TOTAL DEL RESPECTIVO RECARGO**

Costo:

- De cero a treinta días 15% sobre la prima Anual Total del asegurado.
- De 31 a 60 días 30% sobre la prima Anual Total del asegurado.
- De 61 a 90 días 50% sobre la prima Anual Total del asegurado.

El pago se deberá realizar dentro de los 30 días siguientes a la generación del recibo de cobro.

La compañía se reservará el derecho de conceder la extensión de la cobertura. (Les recordamos que la extensión de cobertura no hace parte de las condiciones generales de la póliza).

Calculo Manual de las tarifas en salud familiar: Global y Clásico	POBLAR
Valor amparo básico	
Más Valor anexo opcional de consulta externa (Global y Clásico)	
Más Valor anexo opcional de urgencias ilimitadas por enfermedad (Global y Clásico)	
+ Más Recargos / extra primas - Menos descuento comercial totalizando - Menos descuento por otra condición (médico adscrito)	
+ mas Valor anexo adicional de EMD (Global y Clásico) + mas Valor anexo opcional Odontológico (Global y Clásico)	
Multiplicado por el Factor de fraccionamiento con base a la periodicidad	1 para Anual 0,52469 para Semestral 0,26936 para Trimestral 0,09159 para Mensual
Menos el Valor descuento EPS Suramericana S.A. según forma de pago	
Valor Total Periódico	
Multiplicado por el número de periodos	1 para Anual 2 para Semestral 4 para Trimestral 12 para Mensual
Valor Total Anual en Global WEB	

Menú  
Principal

Capitulo 6

sura 