



SEÑORES: FONDO DE EMPLEADOS BBVA COLOMBIA PLAN II 22097082 NIT860.011.265-2

Sabemos lo importante que es el decidir que compañía y que producto puedan responder adecuadamente a sus necesidades en servicios de Salud.

Por esta razón, queremos agradecer la oportunidad que nos brinda de continuar ofreciendo los servicios y beneficios de nuestro producto MedicAll para los funcionarios de su empresa, de acuerdo con lo anterior, a continuación le

estamos informando las condiciones de renovación de su póliza de salud MedicAll, para la vigencia comprendida entre el 1 de Junio de 2020 y el Junio de 2021.

***Las personas tienen sueños y preocupaciones
acerca de sus bienes y su futuro***

***...permítanos llegar a ellos con los mejores productos
y servicios, desarrollados a la medida de las necesidades,
convirtiéndonos en sus socios preferidos!***

¿QUIÉNES SOMOS?

Allianz cuenta con el respaldo y solidez del Grupo más importante del sector asegurador Europeo, **Allianz Group**.

ALLIANZ

El Grupo Allianz es el más grande asegurador Europeo y el mayor proveedor de servicios financieros en el mundo.

ALLIANZ, una compañía con 140 años en el sector asegurador en Colombia, con experiencia de más de 40 años en el sector de la salud y 124 años en el mundo.

Este respaldo nos permite contar con solidez económica transferencia de experiencia y tecnología, conocimiento del negocio basado en una amplia experiencia, orientación de servicio al cliente en calidad y oportunidad.

¿QUIÉNES PUEDEN GOZAR DE ESTOS BENEFICIOS?

- Ø Asegurado Principal.
- Ø Cónyuge o compañero(a).
- Ø Hijos solteros del Tomador.
- Ø Progenitores.
- Ø Hermanos, Nietos y sobrinos solteros del Tomador.
- Ø Cualquier persona que tenga con el tomador algún grado de consanguinidad o afinidad.

¿CÓMO SE UTILIZAN ESTOS SERVICIOS?

Bienvenido al mundo de la tranquilidad, MedicAll con cobertura hospitalaria y ambulatoria para todas sus necesidades en salud, con opciones de utilización de acuerdo con su gusto y necesidad.

En el momento de hacer uso de su producto, usted tiene la opción de elegir los servicios médicos especializados de nuestro Directorio de Salud con la confianza y seguridad de no tener que preocuparse por límites en las coberturas o si prefiere ser atendido por otros profesionales solicitando un reembolso, el cual corresponderá a lo establecido en su contrato de MedicAll.

Para su tranquilidad y en cualquier caso tiene a su disposición la línea médica 01-8000-510989 a nivel nacional y el Bogotá al 5941122, las 24 horas del día.

Nuestros profesionales atenderán todas sus inquietudes desde donde se encuentre totalmente gratis, respecto a sus utilidades del producto, médicos e instituciones adscritas, orientación médica y si fuere el caso, consulta domiciliaria o remisión hospitalaria.

En Bogotá 5941122
A nivel nacional 018000 510989

LINEA DE SERVICIOS MÉDICOS

Para todos los casos, es necesario que tenga siempre a mano el carné y su documento de identidad. Adicionalmente recuerde que nuestros planes son complementarios al Sistema General de Seguridad Social (EPS), por lo tanto y por Ley, usted deberá estar al día con el Sistema para acceder a los servicios.

Personal calificado lo atenderá de manera oportuna direccionando el tipo de urgencia que usted presente:

- Asesoría en caso de urgencias y orientación sobre la institución o clínica a la que usted se debe dirigir.
- Sobre el estado de su póliza y coberturas
- Sobre acceso y utilización de la red de servicios médicos.
- Atención de quejas, reclamos y sugerencias.

GRANDES BENEFICIOS DE MEDICALL

Centro Médico Allianz

Con el objetivo de ofrecer una alternativa para cuidar la salud de las familias colombianas, Contamos con tres Centros Médicos propios.

Bogotá

- **Centro Médico Allianz - Norte**
Avenida 19 # 102-31, Bogotá | Teléfono +57(1) 6000883
- **Centro Médico Allianz - Salitre**
Carrera 46 22B - 20 Local 4 Edificio Salitre Office, Bogotá | +57(1) 2697708

Barranquilla

- **Centro Médico Allianz**
Carrera 50 # 82 - 32 , Barranquilla | +57(5) 3869723

Entre los principales beneficios están:

- Ubicación estratégica
- Excelente atención
- Tarifas preferenciales
- Agilidad en el acceso a los servicios médicos.

El Centro Médico Allianz cuenta con los siguientes servicios y deducibles diferenciales para hacer de la atención en Salud una experiencia diferente:

- Consulta medicina general
- Consulta ginecología y obstetricia
- Consulta pediatría
- Consulta medicina interna
- Consulta medicina familiar
- Consulta no programada (prioritaria)
- Consulta dermatología



DEDUCIBLES DIFERENCIALES EN CENTROS MEDICOS ALLIANZ

Deducibles diferenciales	
Consulta médica	\$ 18.000
Consulta no programada	\$ 21.000
Ecografía pélvica y ginecológica	\$ 23.000
Electrocardiograma	\$ 7.500

Servicios sin deducibles	
Laboratorio clínico	
Terapia respiratoria	

* Los deducibles están sujetos a modificación durante la vigencia
Aplica según las coberturas establecidas en la hoja de



Otros Beneficios*

- Ø Atención en red médica de Allianz.
- Ø Cobertura de enfermedades congénitas para bebés nacidos en póliza sin necesidad de anexos adicionales.
- Ø Ambulancia Terrestre.
- Ø Hospitalización Domiciliaria.
- Ø Transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Ø Maternidad para todas las aseguradas incluyendo curso psicoprofiláctico.
- Ø Cobertura para la enfermera especial en caso de una hospitalización.

- Ø Cobertura en red para urgencias institucionales.

- Ø Cobertura en red para las prótesis valvulares, vasculares (stent), articulares, oculares, mamarias (por cáncer de mama y traumáticas), lente intraocular, diabólos de miringotomía, catéter doble jota y marcapasos.
- Ø Cobertura en red para todos los exámenes especiales de diagnóstico aprobados por las sociedades médico científicas a nivel nacional.
- Ø Cobertura en red para consultas prioritarias.
- Ø Cobertura en red para consultas domiciliarias.
- Ø Cobertura en red para terapias físicas, respiratorias, del lenguaje, ortóptica, pleóptica, ocupacionales, de rehabilitación cardíaca y pulmonar.
- Ø Exequias.

- Ø Cobertura integral para el tratamiento del Cáncer incluyendo las terapias y medicamentos ordenados por el médico tratante.

*Estos beneficios tendrán cobertura siempre que se encuentren contratados, según lo establecido en la hoja de coberturas y sus límites.

CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN

· **Edad de Ingreso:** De cero (0) días de nacido hasta los sesenta y cuatros (64) años + 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 50 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 50 años.

· **Edad de Permanencia:** Ilimitada.

· **Requisitos de Asegurabilidad:**

- Declaración de Asegurabilidad: (Todos los Solicitantes)

- Afiliación EPS Régimen Contributivo: (Todos los Solicitantes)

- Examen Médico: **(Lo asume La Compañía)**

* Los beneficiarios que tengan 50 años o más, de todos los productos.

* Cualquier ingreso durante la vigencia de la Póliza, excepto cuando es cónyuge por cambio de estado civil o hijos recién nacidos, y su inclusión se realice dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la novedad.

* Todo recién nacido con peso igual o inferior a 2.500 gramos, o con antecedentes de hipoxia perinatal o complicaciones del parto (Aplica para aquellos cuyo nacimiento no fue cubierto por Póliza), además debe anexar historia clínica pediátrica.

* Todo niño menor de 1 año de edad.

* Adicionalmente, la compañía podrá solicitar este requisito para los casos en los que a raíz de la evaluación médica inicial así lo considere.

- Citología vaginal, Mamografía y ecografía pélvica: **(Lo asume la Compañía a excepción de la mamografía)**

* Todas las mujeres mayores de cincuenta (50) años.

* Según evaluación médica, la compañía podrá solicitar Historia clínica ginecológica

- Exámenes paraclínicos:

* Los beneficiarios que tengan 50 años o más, de todos los productos. **(Lo asume La Compañía)**

- Parcial de Orina

- Colesterol Total

- Colesterol HDL

- Glicemia

- Creatinina

- Triglicéridos

- Rayos X de Tórax**

- Electrocardiograma

- Antígeno Prostático

(hombres)**

****Todos los exámenes con su lectura correspondiente.**

* Los beneficiarios con IMC igual o mayor a 30 (IMC \geq 30) **(Los asume el solicitante)**

- Examen Médico

- Colesterol Total.

- Glicemia

- Colesterol HDL

- Triglicéridos

* Los beneficiarios de cualquier edad que presenten Hipertensión arterial (HTA) **(Los asume el solicitante):**

- Examen Médico

- Colesterol Total.

- Parcial de Orina

- Glicemia

- Rayos X de Tórax***

- Colesterol HDL

- Triglicéridos

- Creatinina

- EKG***

*****Todos los exámenes con su lectura correspondiente.**

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)**

PERIODOS DE CARENCIA

Servicios	MedicAll Colectivo
Urgencias	Primer día
Hospitalización por urgencia	Primer día
Hospitalización programada	4 meses (120 días)
Laboratorios de rutina y especiales	Primer día
Terapias	Primer día
Radiología de Rutina	Primer día
Consultas en Red	Primer día
Exámenes Especiales de Diagnóstico	4 meses (120 días)
Trasplante de Organos	12 meses (360 días)
Cáncer	4 meses (120 días)
SIDA	3 meses (90 días)
Maternidad	2 meses (60 días)

DIRECTORIO MEDICO	
RED ALLIANZ MEDICALL GOLD-PLUS COLECTIVO 1	
Los usuarios de la póliza no tendrán acceso a las siguientes IPS ni por autorización ni por reembolso	
IPS RESTRINGIDA	
FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA	SI
FUNDACION VALLE DEL LILLI	SI
CENTRO MEDICO IMBANACO	SI
HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	SI
CLINICA LA ASUNCION	SI
CLINICA PORTO AZUL	SI

TIPO DE FACTURACIÓN: Global

HOJA DE COBERTURAS FONDO DE EMPLEADOS BBVA COLOMBIA PLAN II 22097082

GARANTIA	LIMITE	COBERTURA DENTRO DE LA RED ALLIANZ MEDICALL				COBERTURA FUERA DE LA RED ALLIANZ MEDICALL (Por Reembolso)				
		Cobertura	Unidad	Copago	Red	Cobertura	Unidad	Copago	Red	Red
Habitación hospitalaria	ILIMITADO	\$ 476.280	Día	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Cama de Acompañante	ILIMITADO	\$ 48.600	Día	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Enfermera Especial	ILIMITADO	\$ 60.480	Día	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Unidad de Cuidados intensivos	ILIMITADO	\$ 833.760	Día	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Servicios Hospitalarios	ILIMITADO	\$ 6.804.000	Acto	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Honorarios médicos	ILIMITADO	\$ 7.560.000	Acto	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Honorarios médicos por tratamiento intra-hospitalario	ILIMITADO	ILIMITADO	Acto	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Gastos pre y post hospitalarios	\$ 2.205.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	NA	\$ 2.205.000	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Urgencias	ILIMITADO	\$ 1.080.000	Acto	\$ 64.024	Acto	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	Acto
Prótesis	\$ 1.296.000	\$ 1.296.000	Vigencia	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Órtesis	\$ 1.013.040	\$ 1.013.040	Vigencia	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Exámenes especiales de diagnóstico	\$ 4.762.800	\$ 4.762.800	Vigencia	\$ 24.200	Examen	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	Examen
COBERTURA DE CONSULTAS	CONTRATADA									
Consulta prioritaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 23.100	Visita	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Consultas domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 36.300	Visita	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Terapias	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Terapia domiciliaria	ILIMITADO	ILIMITADO	Vigencia	\$ 36.300	Visita	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Tratamiento Medico no hospitalario	\$ 2.381.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	NA	\$ 2.381.400	\$ 0	0%	\$ 0	NA
Tratamiento ambulatorio para el cáncer	\$ 6.804.000	\$ 6.804.000	Acto	\$ 0	NA	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	NA

TARIFAS

TARIFA MENSUAL ALLIANZ MEDICALL COLECTIVO

RANGOS	Prima Hombre-Mujer
Asegurado menor de 60 años	\$ 125.700
Asegurado de 60 a 69 años	\$ 204.700
Asegurado mayor de 70 años	\$ 232.000

TARIFAS NO INCLUYEN IVA

LA PRESENTE LIQUIDACIÓN PROVISIONAL NO IMPLICA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y POR LO TANTO NO COMPROMETE A NINGUNA DE LAS PARTES HASTA TANTO NO SE CELEBRE EL CONTRATO DE SEGURO RESPECTIVO Y LA ASEGURADORA NOTIFIQUE POR ESCRITO LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA. LA PRESENTE COTIZACIÓN SE REALIZA CON BASE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA HASTA LA FECHA DE PRESENTACIÓN DE ESTA PROPUESTA. SI POR ALGUNA CIRCUNSTANCIA DICHA INFORMACIÓN NO COINCIDE CON LA PRESENTADA AL MOMENTO DE REALIZAR LA EMISIÓN, LA COMPAÑÍA AJUSTARÁ LAS CONDICIONES INICIALES PARA ADECUARLAS A LAS REALES. LAS POSTERIORES MODIFICACIONES DE LAS CONDICIONES INICIALES, SIN QUE ÉSTAS SEAN INFORMADAS A LA COMPAÑÍA, PODRÁN CAUSAR NULIDAD POR RETICENCIA E INEXACTITUD (ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).

NOVEDADES DE FACTURACIÓN:

Póliza de salud MedicAll – Negocios colectivos

Para Allianz es muy importante contar con procesos que cumplan con los estándares de calidad acordes con la promesa de servicio que la Compañía tiene con todos sus clientes. Estos procesos se diseñan y establecen de acuerdo con las necesidades del mercado y con el objetivo de cumplir de manera oportuna y clara las expectativas de los clientes. Por esta razón, el proceso de facturación de los negocios colectivos ha tenido algunas modificaciones, las cuales aplican a partir del 1 de julio de 2013.

En este documento podrá encontrar la explicación detallada sobre:

1. Novedades de ingresos: estándar, no estándar, bebés nacidos en póliza.
2. Novedades de retiros
3. Facturación

1. Novedades de ingresos

Novedades de ingresos estándar: No necesitan requisitos adicionales de Asegurabilidad:

- 1- Todas las novedades de ingresos que se radiquen en la Compañía hasta el día 20 de cada mes, tendrán cobertura a partir del primer día del mes siguiente.
- 2- Todas las novedades de ingreso que se radiquen en La Compañía entre el día 21 y el último día de cada mes, tendrán cobertura a partir del primer día del mes subsiguiente.

Novedades de ingresos no estándar: Necesita requisitos adicionales de Asegurabilidad:

- 1- Las novedades de ingreso que necesiten requisitos adicionales de Asegurabilidad, quedarán pendientes hasta el momento en que se cumplan con la entrega de los mismos. Si los requisitos se completan en su totalidad y se radican en la Compañía hasta el día 20 de cada mes, y el usuario es asegurable, tendrá cobertura a partir del primer día del mes siguiente.
- 2- Las novedades de ingreso que necesiten requisitos adicionales de Asegurabilidad, quedarán pendientes hasta el momento en que se cumpla con la entrega de los mismos. Si los requisitos se completan en su totalidad y se radiquen en la Compañía entre el día 21 y el último día de cada mes, tendrán cobertura a partir del primer día del mes subsiguiente.

NOVEDADES DE FACTURACIÓN:

Novedades de ingresos bebés nacidos en póliza:

Los bebés nacidos en cobertura de la póliza de salud, tendrán cobertura bajo la póliza de la madre durante los primeros cuarenta (40) días de nacido, el trámite de inclusión en la póliza se deberá realizar dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al nacimiento. El cobro de la prima se realizará a partir de la renovación de la póliza, si transcurridos estos treinta (30) días no se legaliza la afiliación, la solicitud se tramitará como un ingreso totalmente nuevo a la póliza y estará sujeta a la evaluación y aprobación por parte de la compañía, así por parte de la Compañía, así mismo perderá el beneficio de la cobertura de las patologías congénitas.

De acuerdo con lo anterior, es muy importante que el reporte de bebés nacidos en póliza esté muy alineado con el periodo de novedades que señalamos a continuación y de esta manera evitar inconvenientes con la atención de los bebés así como con la fecha de inicio de vigencia para que no quede por fuera del periodo de cobertura de la póliza de la madre

Las novedades de ingresos de bebés nacidos en póliza que se radiquen en la Compañía hasta el día 20 de cada mes, quedarán afiliados a partir del primer día del mes en curso y las que se radiquen después del día 20 de cada mes, quedarán afiliados a partir del primer día del mes siguiente.

A partir de la fecha todo bebé con cubrimiento de patologías congénitas no tendrá cobro de prima durante la vigencia en curso.

2. Novedades de retiros

1- Todas las novedades de retiros que se radiquen en la Compañía hasta el día 20 de cada mes, tendrán cobertura y cobro de prima hasta el último día del mes en curso.

2- Todas las novedades de retiros que se radiquen en la Compañía entre el día 21 y el último día de cada mes, tendrán cobertura y cobro de prima hasta el último día del mes siguiente.

3. Facturación

Facturación global

El proceso de facturación de las pólizas colectivas de salud de la Compañía, se genera el día 15 del mes inmediatamente anterior, con todos los usuarios vigentes en el momento de generar la facturación.

Facturación de novedades de ingresos

Tomando como base el reporte de novedades de ingresos explicado anteriormente, los primeros cinco días del mes se facturarán todas las novedades de ingreso que iniciaron vigencia el primer día del mes en curso.

Facturación de novedades de retiros

Tomando como base el reporte de novedades de retiros explicado anteriormente, los primeros cinco días del mes, se facturan todas las novedades de retiros que terminaron vigencia el último día del mes anterior.

** Se aclara que cada factura generada tendrá como soporte el detalle de asegurados.

Las modificaciones de los tres procesos explicados anteriormente: ingresos, retiros y facturación nos permiten garantizar de manera oportuna y óptima el servicio de salud a todos nuestros afiliados.