

Guía Técnica

Solución Enfermedades Graves

Gerencia de Soluciones de Personas

Sura



Asegurate de Vivir

PRESENTADO A

Todos los Colaboradores
Sura Panamá

ELABORADO POR

Katrina Saavedra – Analista Técnico de Soluciones de Personas
Digna Nuñez – Analista de Indemnizaciones de Soluciones de Personas

REVISADO Y EDITADO POR

Gianinna Pan – Gerente Técnico de Soluciones de Personas

La información aquí contenida y sus anexos son para uso exclusivo de Suramericana S.A. y sus filiales; puede contener información legalmente protegida por ser privilegiada o considerada confidencial. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A. o sus filiales.



Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN Y ALCANCE	5
Definición de Coberturas	6
Enfermedades Graves.....	6
Cáncer	6
Cirugía de derivación de arterias coronarias (Bypass)	7
Infarto	7
Cirugía Válvula Cardíaca	7
Cirugía de la Aorta	8
Ceguera.....	8
Insuficiencia Renal.....	8
Trasplante de Órgano Principal	8
Accidente Cerebrovascular	9
Esclerosis múltiple.....	9
Enfermedad de Parkinson	9
Parálisis.....	10
Asistencias incluidas dentro del producto.....	10
Características Generales.....	11
<i>¿Cómo funciona la cobertura?</i>	11
<i>¿Definición de periodo de espera y cómo aplica el beneficio?</i>	11
<i>¿Cómo aplica la cláusula de sobrevivencia?</i>	11
<i>¿Qué significa Reinstalación de suma asegurada?</i>	12
Información requerida para cotizar	13
Proceso de Suscripción.....	13
Lineamiento de Evaluación	13
Vigencia de los Requisitos	13
Autorización para la Práctica de Exámenes	13
Cuestionarios	14
Cálculo de Valor Asegurado	14
Riesgos Particulares.....	15
Requisitos para la Emisión	16
Esquema Tradicional para Canal Tradicional y Canal Bancaseguros.....	16
Riesgos No Objetivos.....	17
¿Cómo completar una Solicitud de Enfermedades Graves?.....	18

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.



Condiciones del Contrato de Reaseguro.....	22
Operaciones de Enfermedades Graves	22
Aplicación del Primer Pago	22
Cambio de beneficiarios	23
Disminución de Suma Asegurada.....	23
Aumento de Suma Asegurada.....	24
Renovación de Póliza.....	24
Cancelación de Póliza	24
Rehabilitación de Póliza.....	24
Devolución de Primas.....	25
Cambio de Corredor	25
Nulidad Absoluta.....	25
Suspensión de Cobertura	25
Área de Riesgo No Estándar	26
Atención de Reclamaciones	26
Enfermedades Graves.....	26



INTRODUCCIÓN Y ALCANCE

El objetivo de este documento es el de empoderar a la Red Comercial sobre las características técnicas y argumentos comerciales para el producto de Enfermedades Graves.

También documenta las políticas, procesos y operaciones de relevancia que debe cumplir nuestra área Operativa para una buena suscripción del riesgo.

Definición de Coberturas

A continuación, se define cada cobertura que puede ofrecerse en la solución de Enfermedades Graves. Para mayores detalles puede referirse a las condiciones generales de la cobertura o beneficio de su interés.

Enfermedades Graves

Consiste en toda alteración del estado de la salud, confirmada por un médico idóneo y que coincida con alguna de las definidas como enfermedades graves que detallamos adelante.

Este beneficio consiste en contratar una cantidad específica de dinero llamada “Suma Asegurada” con el objetivo de indemnizar en vida antes el diagnóstico de alguna de las enfermedades Graves, cubierta bajo nuestra póliza

Para efectos de todas las coberturas descritas en este documento:

- Edad de Ingreso mínima representa la edad mínima requerida de los propuestos asegurados para poder ofrecerles la cobertura.
- Edad de Ingreso máxima representa la edad máxima posible de los propuestos asegurados que pueden acceder a la cobertura.
- Edad de Permanencia representa la edad máxima posible de los asegurados bajo esta cobertura. Después de la edad de permanencia ningún asegurado tendrá cobertura.

Cáncer

Este beneficio se define como Cáncer un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas con invasión y destrucción de tejidos normales.

El diagnóstico debe sustentarse en evidencia histológica y confirmación por parte de un patólogo.

El término cáncer incluye leucemia, linfoma y sarcoma.

Se excluyen:

- **Tumores que muestren cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no invasivos, incluyendo, pero no limitado a: Carcinoma in situ de seno, displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3.**
- **Cualquier cáncer de piel distinto a melanoma maligno invasivo.**
- **Todos los tumores de próstata salvo que hayan sido histológicamente clasificados con un puntaje Gleason mayor a 6 o que hayan progresado a una clasificación clínica TNM de al menos T2N0M0.**

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

- **Micro carcinoma papilar tiroideo con un diámetro menor a 1 cm.**
- **Leucemia linfocítica crónica menor etapa RAI 3.**
- **Micro carcinoma de vejiga.**
- **Todos los tumores en presencia de infección por VIH.**

Cirugía de derivación de arterias coronarias (Bypass)

Consiste en someterse a una cirugía con toracotomía abierta para la corrección de una o más arterias coronarias, la(s) cual(es) se ha(n) angostado o está(n) bloqueada(s), mediante injerto de derivación de arterias coronarias (CABG, por sus siglas en inglés).

El diagnóstico debe sustentarse en una angiografía coronaria y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía.

Se excluyen:

- **Angioplastia y/o cualquier otro procedimiento intra arterial**
- **Cualquier cirugía laparoscópica o cirugía láser**

Infarto

La primera ocurrencia de infarto de miocardio que significa la muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado del suministro inadecuado de sangre a la respectiva zona.

El diagnóstico debe contar con evidencia de:

- Antecedentes de síntomas clínicos típicos consistentes con el diagnóstico de infarto de miocardio agudo (por ejemplo, dolor torácico típico).
- Nuevos cambios característicos en el electrocardiograma.
- Elevación de enzimas específicas de infarto, troponinas o de cualesquier otros marcadores bioquímicos específicos.

Se excluyen:

- **Infarto de miocardio con elevación del segmento no-ST (NSTEMI por sus siglas en inglés) con elevación de troponina I o T;**
- **Otros síndromes coronarios agudos;**
- **Cualquier tipo de agina de pecho.**

Cirugía Válvula Cardíaca

Consiste en someterse a una cirugía de válvula cardíaca a corazón abierto para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos en, anomalía de, o enfermedad que afecta la(s) válvula(s) cardíaca(s).

El diagnóstico de la anomalía de la válvula debe sustentarse en una ecocardiografía y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía.

Están excluidas las técnicas basadas en catéter incluyendo, pero no limitadas a valvulotomía / valvuloplastia.

Cirugía de la Aorta

Se define como cirugía mayor para reparar o corregir aneurisma, angostamiento, obstrucción o disección de la aorta mediante apertura quirúrgica del tórax o el abdomen.

Para los efectos de esta definición, aorta significará la aorta torácica y abdominal pero no sus ramas.

Se excluye cirugía realizada utilizando sólo técnicas mínimamente invasivas o intracraneal.

Ceguera

Consiste en la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos a consecuencia de enfermedad o accidente.

Un oftalmólogo debe confirmar la ceguera.

Insuficiencia Renal

Enfermedad renal terminal que se presenta como insuficiencia crónica irreversible de la función de ambos riñones, que tiene como resultado se practique diálisis renal regular (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o se realice un trasplante renal.

Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico.

Trasplante de Órgano Principal

Cirugía que se somete al ASEGURADO, como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes:

- Órganos humanos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, a consecuencia de insuficiencia terminal irreversible del respectivo órgano; o
- Médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas. Un médico especialista debe confirmar la realización de un trasplante

Un médico especialista debe confirmar la realización de un trasplante.

Se excluyen:

- **Otros trasplantes de células madre**
- **Cuando sólo se trasplantan islotes de Langerhans**

Accidente Cerebrovascular

Se define como cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes. Este incluye infarto del tejido cerebral, trombosis en vaso intracraneal, hemorragia o embolización de una fuente extracraneal.

Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico y contar con evidencia de síntomas clínicos típicos y hallazgos típicos en exploración de tomografía computarizada(TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro. Debe existir déficit neurológico permanente que dure al menos 3 meses.

Se excluyen:

- **Ataques isquémicos transitorios (AIT)**
- **Lesión cerebral traumática**
- **Enfermedad vascular que afecte solo el ojo o el nervio óptico o las funciones vestibulares.**

Esclerosis múltiple

Consiste en la presencia definitiva de anomalías neurológicas persistentes.

El diagnóstico debe sustentarse mediante:

- Investigaciones incluyendo resonancia magnética (RM) y hallazgos en líquido cerebroespinal (LCE) que inequívocamente confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple;
- Debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, el cual debe haber persistido por un periodo continuo de al menos 6 meses, historia clínica bien documentada de agudizaciones y remisiones de dichos síntomas o déficits neurológicos con mínimo dos episodios clínicos documentados con al menos un mes de diferencia;

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico (LES) y VIH.

Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, lentamente, por pérdida de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra.

El diagnóstico inequívoco deberá ser realizado por un Médico Neurólogo.

Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

- No puede ser controlada con medicación;
- Muestra signos de deterioro progresivo; e
- Incapacidad para realizar por lo menos tres (3) actividades de la vida diaria, según definición de la póliza, ya sea con o sin el uso de equipos mecánicos, dispositivos especiales u otras ayudas o adaptaciones en el uso de las personas con discapacidad.

Sólo la enfermedad de Parkinson idiopática está cubierta.

Se excluyen enfermedad de Parkinson inducida y causas tóxicas de enfermedad de Parkinson.

Parálisis

Consiste en la pérdida total e irreversible del uso de dos o más miembros como resultado de lesión o enfermedad cerebral o de la médula espinal.

Un médico especialista debe ser de la opinión que la parálisis será permanente sin esperanza de recuperación y debe estar presente durante más de tres (3) meses.

Asistencias incluidas dentro del producto

Asistencia Funeraria con Repatriación

Beneficio para el Asegurado que resida en Panamá y que fallece por cualquier causa, en ciudad de Estados Unidos, Nicaragua, Argentina, Canadá, Belice, Colombia, Costa Rica, México, Ecuador, Bolivia, Guatemala, Paraguay, Perú, Brasil, Honduras, Uruguay, Chile, el Salvador, Paraguay y Venezuela, ya sea en viajes de placer o negocios inferiores a noventa (90) días; y soliciten su repatriación al país de residencia Panamá, país de origen, u otro.

Asistencia Médica Móvil

En caso de una EMERGENCIA Y URGENCIA médica pre-hospitalaria, el Asegurado que mantiene su póliza vigente, puede solicitar La Asistencia de Ambulancia Móvil las 24 horas del día, los 365 días de año. No hay límite de llamadas. Los casos de servicios de Emergencia y Urgencia tendrán prioridad y serán atendidos de acuerdo al tiempo promedio de respuesta. La atención incluye: Primeros auxilios en el lugar de atención, rescate e inmovilización de víctimas de accidentes vehiculares, y el traslado, de ser necesario, a juicio del médico de la unidad, sin costo adicional.

Servicio de Orientación Médica

El Asegurado y/o dependientes ((titular, conyugue, hijos (hasta tres (3), papá-mamá-suegros), podrá recibir orientación médica a un costo preferencial, en casos de necesitar citas y/o información de Médicos Generales, Médicos Especialistas, Médico a Domicilio, Medicina

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Alternativa, Laboratorio clínico, Laboratorio de imagen, Centros Odontológicos, Centro Oftalmológicos, Spa y Estéticas, Traslados en ambulancia. Información de estos, y todos aquellos requerimientos necesarios, para ser atendido por los prestadores que conforman la Red de Proveedores a nivel nacional e internacional.

Solo deberá contactarse, con el Proveedor de Servicio, las 24 horas del día los 365 días del año, donde serán atendidos por operadoras que los guiarán en casos de Información de estos.

Características Generales

	Descripción
Edad de Admisión	18 a 60 años
Edad Máxima de Renovación	70 años
Prescripción	Cumpliendo el plazo de un (1) año de la fecha del siniestro, La Compañía quedará libre de la obligación
Requisitos de Asegurabilidad	No aplica
Renovación	Aplica renovación anual, con ajuste de tarifa, según edad cumplida del asegurado

¿Cómo funciona la cobertura?

El beneficio de Enfermedades Graves se indemniza en un solo pago de la suma asegurada, contratada por el asegurado ante el diagnóstico de Enfermedades Graves citadas.

¿Definición de periodo de espera y cómo aplica el beneficio?

Es el tiempo establecido en la póliza, luego de la contratación del seguro, durante el cual, LA COMPAÑÍA no indemnizará el beneficio Enfermedades Graves.

El producto mantiene un periodo de espera de **90 días calendario** contados desde la inclusión del asegurado en la póliza o rehabilitación.

¿Cómo aplica la cláusula de sobrevivencia?

LA COMPAÑÍA pagará el monto de la suma asegurada contratada, si **EL ASEGURADO** sobrevive a los treinta (30) días posteriores al diagnóstico de la enfermedad grave citadas en el punto de Definición.

¿Qué significa Reinstalación de suma asegurada?

La Suma Asegurada contratada en la Póliza se reinstalará automáticamente una sola vez, cuando la Compañía haya efectuado el pago de una indemnización.

La reinstalación de la Suma Asegurada procederá:

- Después del primer siniestro no se cancela la póliza.
- Entre dos siniestros hay un tiempo de espera de 90 días.
- Cada enfermedad se cubre una sola vez.
- Para cada grupo se cubre únicamente un siniestro.
- Después de dos siniestros la cobertura termina automáticamente.
- No se pagan beneficios en los casos siguientes:
 - La segunda enfermedad se detecta o tiene síntomas durante los 90 días de espera.
 - EL ASEGURADO muere durante el periodo de sobrevivencia.
 - En los casos de las exclusiones mencionadas.

Agrupación para La Reinstalación

Grupo	Enfermedad	Categoría
1	Cáncer	Cáncer
2	Cirugía de derivación arterial coronaria (Bypass)	Beneficio cardiovascular
	Infarto	
	Cirugía válvula	
	Cirugía de la aorta	
3	Ceguera	Beneficio para órgano principal
	Insuficiencia Renal	
	Trasplante de órgano principal	
4	Accidente Cerebrovascular	Beneficio cerebro y sistema nervioso
	Esclerosis múltiples	
	Enfermedad de Parkinson	
	Parálisis	

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Información requerida para cotizar

- Fecha de nacimiento o edad cumplida del propuesto asegurado
- Suma Asegurada
- Sexo
- Tipo de Plan:
 - Por Edad
 - Rango de Edades

Proceso de Suscripción

Los planes de seguros de Enfermedades Graves no son de emisión garantizada. Esto quiere decir que toda solicitud debe ser enviada al Seleccionador de riesgo, para su debida Evaluación. El proceso de suscripción o evaluación del riesgo existe para corroborar que el solicitante cumple con ciertas condiciones médicas requeridas para formar parte de nuestra cartera. Es a través de este proceso que podemos identificar una prima justa y acorde al riesgo que estaríamos incurriendo por asegurar a un solicitante.

Lineamiento de Evaluación

Interés asegurable 1er., 2do. y 3er. grado de consanguinidad.

Vigencia de los Requisitos

El producto no le aplica Requisitos de Asegurabilidad, sin embargo, el Evaluador puede solicitar en cualquier momento Exámenes o prueba de Laboratorios, estos tienen un periodo de prescripción que debe ser considerado por los propuestos asegurados y corredores cuando se encuentran analizando si aceptan la propuesta de seguro de Enfermedades Graves:

- | | |
|---------------------------------|---------|
| - Cotización | 1 mes |
| - Solicitud de Seguros | 2 meses |
| - Examen Médico y Laboratorios | 3 meses |
| - Electrocardiograma en reposos | 6 meses |
| - Prueba de Esfuerzo | 1 año |

Autorización para la Práctica de Exámenes

La Autorización para la Práctica de Exámenes es el documento utilizado para diligenciar los requisitos médicos del caso. Aquí se deben seleccionar todos los exámenes de laboratorio que sean necesarios para la evaluación de acuerdo a la edad del solicitante y suma asegurada requerida. Estos también van en función de evidencias de asegurabilidad adicionales que exija el Seleccionador de Riesgo.

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Cuestionarios

Los siguientes cuestionarios se han identificado como de uso frecuente:

CONDICIÓN	CUESTIONARIO
Si el solicitante declara que sufre de hipertensión arterial.	CUESTIONARIO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR MÉDICO TRATANTE
Si el solicitante es extranjero.	CUESTIONARIO DE EXTRANJEROS
Si el solicitante declara practicar buceo, ya sea comercial o solo deportivo.	CUESTIONARIO DE BUCEO
Si el solicitante declara sufrir de alguna enfermedad mental, tal como depresión o esquizofrenia.	CUESTIONARIO DE TRASTORNOS PSÍQUICOS POR MÉDICO TRATANTE
Si el solicitante declara sufrir de asma	CUESTIONARIO DE ASMA POR MÉDICO TRATANTE
Si el solicitante declara que practica deportes, tales como: canoas, kayaks, saltos, jet ski, remo, surf, natación, esquí acuático, windsurf y kitesurf.	CUESTIONARIO SOBRE DEPORTES ACUÁTICOS
Si el solicitante declara que es piloto o práctica paracaidismo.	CUESTIONARIO DE AVIACIÓN Y PARACAIDISMO
Si el solicitante declara participar en competencias automovilísticas como conductor de vehículos de motor, motocicletas y/o participación como pasajeros en las mismas.	CUESTIONARIO COMPETENCIAS AUTOMOVILÍSTICAS
Si se trata de una solicitud de Hombre Clave en la que figure una compañía como beneficiario.	CUESTIONARIO DE HOMBRE CLAVE
Si se trata de una solicitud de Seguro de Socios.	CUESTIONARIO DE SEGURO DE SOCIOS

Nota: Todo cuestionario médico debe ser diligenciado por el médico tratante.

Cálculo de Valor Asegurado

El asesor como primer seleccionador debe analizar y verificar que el propuesto asegurado cuente con las condiciones morales y la suficiente capacidad económica para cumplir con el compromiso del pago de la prima. La situación económica (Activos, Pasivos e Ingresos) de un candidato no solo es crucial para determinar su capacidad de pago y por ende el plan de seguro que se le ofrezca, sino que es un elemento determinante para establecer el monto del seguro de Enfermedades Graves.

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Para ello existe la siguiente tabla que, con base en los ingresos y la edad, facilita una referencia para determinar el valor asegurado máximo recomendable y evita que el seguro sea especulativo.

EDAD	NÚMERO DE VECES DEL INGRESO BRUTO ANUAL DEL SOLICITANTE
18-24	15
25-29	20
30-34	18
35-39	15
40-44	12
45-49	9
50-54	7
55-59	5
60-70	3

Riesgos Particulares

Existen una serie de riesgos frecuentemente gestionados en Sura, que deben ser administrados acordemente:

Personas Dependientes Económicamente

- **Amas de casa:** Suma asegurada máxima de B/. 50,000.00; sumas aseguradas superiores serán evaluados en función del ingreso del cónyuge.
- **Estudiantes:** Suma Asegurada máxima en beneficio básico B/. 25,000.00.

Personas “No Asalariadas”

- **Vendedores Ambulantes, billeteros, taxistas en la provincia de panamá, conductores de diablo rojo:** no son asegurables.
- **Otros “No Asalariados”:** para casos en el que se solicita seguro de Vida por razones distintas a la de obtener una hipoteca, y su **ingreso mensual supere los B/.800.00**, se deberá proporcionar última declaración de renta para el análisis del riesgo.

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Personas Jubiladas o Pensionadas por enfermedad o accidente

El evaluador realizará el análisis individual del caso, en donde se debe proporcionar:

- Copia de la Ficha de la Caja de Seguro Social.
- Si el solicitante se encuentra en planillas 13 y 23 (invalidez), 18 y 28 (incapacidad física) deberá presentar resolución de la Caja de Seguro Social junto con el dictamen del médico.

Comerciante de Pequeñas y Medianas Empresas

- Canal Tradicional

Para evaluar este riesgo se debe proporcionar:

- o Cuestionario de Comerciante.
- o Última declaración de renta o carta de banco si se tratase de un trámite hipotecario.
- Canal Bancaseguro

Los requisitos descritos no aplican para este Canal, puesto que nos apegamos a la evaluación o políticas de Banistmo, S.A.

Mujeres Embarazadas

Las mujeres embarazadas con un buen control de embarazo podrán optar a seguro de Enfermedades Graves durante su embarazo e incluso podrán contratar beneficios adicionales.

Se debe proporcionar:

- Tarjeta de Control de Embarazo.

Requisitos para la Emisión

Esquema Tradicional para Canal Tradicional y Canal Bancaseguros

Requisitos Generales

- Solicitud de seguro debidamente completada y firmada por el propuesto asegurado, debe ser verificado contra documento de identidad personal y aplicar las iniciales "F.V." seguido de la firma y nombre en letra imprenta del ejecutivo o asesor (este último punto aplica para el *Canal Bancaseguros*)
- Fotocopia de cédula
- Cotización del seguro de Enfermedades Graves
- Formulario de Conoce tu Cliente (para pólizas con primas anuales mayores a B/.300.00)
- Formulario de ACH (Si Aplica)

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

- Formulario de Descuento de Salario (Si Aplica)
- Recibo SAP de pago evidenciando el pago del primer fraccionamiento de prima (aplica para el *Canal Tradicional*)

Requisitos adicionales para extranjeros y panameños residentes en el extranjero

- Completar cuestionario para solicitantes extranjeros o panameños residentes en el extranjero
- Fotocopia del pasaporte
- Permiso de migración vigente o carta de permiso laboral vigente
- Formulario de Conoce tu Cliente. (para pólizas con primas anuales mayores a B/.300.00)
- Formulario de ACH. (Si Aplica)
- Formulario de Descuento de Salario. (Si Aplica)
- Recibo SAP de pago evidenciando el pago del primer fraccionamiento de prima

Nota: Para Canal Bancaseguros, los extranjeros son aceptados una vez sean clientes del banco y estos hayan cumplido con los requisitos exigidos en la entidad bancaria, en adición deberán completar el cuestionario de extranjeros y cumplir con los requisitos de selección de Banistmo S.A. No se establece un mínimo de años de residir en Panamá, son aceptados por la condición de ser cliente del banco.

Riesgos No Objetivos

Padecimientos Médicos catalogados como “Riesgo No Asegurables”

- Cáncer o Tumores Malignos
- Leucemia o tumores o melanomas no in situ
- Diabetes Mellitus, Tipo 1, Tipo 2
- Diabetes e Hipertensión Arterial
- Hipertensión Arterial No Controlada
- Hipertensión Más Obesidad
- Sida o VIH Positivo
- Lupus
- Cirrosis
- Epilepsia
- Insuficiencia Renal
- Valvulopatía
- Cerebro vascular como: hemorragias, trombosis, embolias, isquemias, infarto cerebral, infartos del sistema nervioso central
- Cardiovasculares a excepción de Arritmias cardiacas después de 3 años del último episodio

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

- Enfermedades pulmonares crónicas como insuficiencia pulmonar y bronquitis crónica
- Esclerosis Múltiples
- Retardo Mental
- Artritis Reumatoidea
- Dislipidemia
- Hepatitis B o C
- Alcoholismo o Drogadicción
- Parkinson
- Pancreatitis crónica o recurrente
- Alzheimer

Ocupaciones declinadas

Son profesiones o situaciones de altos riesgos como: militares, investigadores privados, jueces, fiscales y penales (Ciudad de Panamá), candidatos electorales, organismo de seguridad del Estado, Servicio Aeronaval, Senafront, Seguridad de Empresas Privadas, celadores, joyeros de la Zona Libre de Colón, boxeador, guardaespaldas.

Ocupaciones sujetas a revisión técnica

Ocupaciones que requieren un estudio especial por parte del área técnica, como buzos y pilotos, deportes extremos.

Riesgos a Consultar con el Gerente o Director Técnico

Únicamente aquellos casos que requieran un análisis adicional una vez evaluados por el Área Operativa, o reconsideración de caso.

¿Cómo completar una Solicitud de Enfermedades Graves?

Se agrupó toda la información del solicitante en un solo bloque al inicio de la solicitud para un fácil diligenciamiento.



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE									
Primer Nombre*		Segundo Nombre		Primer Apellido*		Segundo Apellido		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAS	
No. de Identificación*	Fecha de Nacimiento* DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento		País		Ciudad		Sexo* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección de Domicilio*			Teléfono*		Celular*	Email		Dependientes* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Edad de los Dependientes* <input type="checkbox"/> Menor a 18 <input type="checkbox"/> Mayores a 18
Ingresos Anuales* <input type="checkbox"/> 4000 - 10000 <input type="checkbox"/> 10000 - 20000 <input type="checkbox"/> 20000 - 40000 <input type="checkbox"/> más de 40000		Número de vehículos*		Número de inmuebles*		Empresa Donde Trabaja			
Ocupación		Dirección de Oficina			Cargo Actual o Anterior		¿Es usted una persona políticamente expuesta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Le ha sido rechazada, aplazada o aceptada en condiciones especiales alguna solicitud de seguro de Enfermedades Graves, Vida, Accidentes, Invalidez o enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique en nombre de la compañía y fecha									
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (Si es diferente al solicitante)									
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> EE		Identificación		Teléfonos		Relación del solicitante con el contratante			
Primer nombre		Segundo nombre		Segundo apellido		Dirección			
PERFIL FINANCIERO INGRESOS ANUALES			Actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					
			Otras actividades	<input type="checkbox"/> Menos de 10 mil US\$ <input type="checkbox"/> 10 mil a 30 mil US\$ <input type="checkbox"/> 30 mil a 50 mil US\$ <input type="checkbox"/> Más de 50 mil US\$					

Datos mínimos requeridos para poder capturar esta sección de solicitud en el sistema:

- Identificación
- Celular
- Primer Nombre y Primer Apellido
- E-mail
- Fecha de Nacimiento
- Sexo
- Ocupación
- Dirección Completa de Trabajo o Residencia (Corregimiento, Barriada, Calle, Casa, etc.)
- Datos del contratante si la persona es diferente al Asegurado
- Perfil Financiero

PARA PAGOS CON TARJETA DE CRÉDITO									
Nombre como aparece en la Tarjeta de Crédito				No. De Tarjeta de Crédito		Tipo Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD		Vencimiento MM AAAA	Día de pago <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 16
Entidad Bancaria		Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> EE		Identificación					
"Esta autorización continuará vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y así se mantendrá al momento de renovarse la póliza. Sólo podrá ser cancelada por mí mediando notificación previa y escrita a Seguros Suramericana, S.A. o por decisión de ésta en caso de incumplimiento. Reconozco que es mi compromiso mantener saldo suficiente para que puedan hacerse efectivos los cargos que por este medio he autorizado y en consecuencia relevo a Seguros Suramericana, S.A. de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar la pérdida del seguro. El importe de la prima está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por Seguros Suramericana, S.A., en cuyo caso será igualmente comunicado al banco para su cobro. el cliente se hace responsable de notificar a Seguros Suramericana, S.A. el vencimiento así como cualquier cambio de tarjeta de crédito."								Fecha DD MM AAAA	
PARA USO DE SEGUROS SURA		Prima a Descontar	Número de Póliza		¿Cobro del primer fraccionamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Firma del Tarjetahabiente		

Se registran los datos del titular y de la tarjeta de crédito si los pagos de las primas se van a hacer automáticamente por este medio. Es esencial la firma del titular de la tarjeta. **NO ES NECESARIO SACARLE COPIA A LA TARJETA DE CRÉDITO.**

FORMA DE COBRO									
Medio de Pago:		<input type="checkbox"/> Descuento Bancario	<input type="checkbox"/> Red de Recaudo SURA	Forma de Pago		<input type="checkbox"/> Mensual (12 pagos)	<input type="checkbox"/> Trimestral (4pagos/año)		
		<input type="checkbox"/> Descuento T. Crédito	<input type="checkbox"/> Pago al Corredor			<input type="checkbox"/> Semestral (2 pagos/año)	<input type="checkbox"/> Anual (un pago/año)		

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.



Se registra el medio y la forma de pago de las primas.

Nota: El medio de pago “Pago al corredor” solo aplica para corredores que tienen este convenio de pago aprobado en Sura.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Tipo de Beneficiario	Parentesco	Edad	Porcentaje (%)	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)

BENEFICIARIOS CONTINGENTE

Tipo de Beneficiario	Parentesco	Edad	Porcentaje (%)	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)

Datos mínimos requeridos para poder capturar esta sección de solicitud en el sistema:

- Tipo de Beneficiario (Gratis / Oneroso)
- Parentesco con el asegurado
- Nombre y Apellido

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA EL PAGO A BENEFICIARIOS

Si a mi fallecimiento alguno de mis beneficiarios principales es menor de edad, el producto de la póliza que le corresponda será entregado a:

Nombre	Cédula
--------	--------

Si a mi fallecimiento no existieran beneficiarios principales y el o los beneficiarios contingentes fueran menores de edad, el producto de la póliza que les corresponda será entregado a:

Nombre	Cédula
--------	--------

Designar Administrador en caso de beneficiarios principales menores de edad. El Beneficiario Contingente es de libre elección.

Se presentan en forma simplificada las enfermedades o padecimientos que más interesan para la evaluación.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por SEGUROS SURAMERICANA, S.A., la hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas acepto la nulidad del contrato.

Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado:

<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Valvulopatías, Cardiopatía</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (tratados con medicamentos)</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pancreatitis</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazos articulares</p>	<p>Si No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma (siempre y cuando su diagnóstico haya sido después de los 14 años de edad)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos)</p>
--	--	---	---	---

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Trasplantes	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la glándula tiroidea
<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Parálisis, Enf. Neurológica
<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Artrosis
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Pérdida anatómica o funcional

Se le debe resaltar al solicitante la importancia de contestar fehacientemente a las preguntas formuladas, so pena de la nulidad del contrato.

Peso en Lb.	Lb. Perdidas/ ganadas en el último año (+) (-)	Estatura en mts.	¿Fuma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Consume drogas estimulantes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia	Clase
¿Le han practicado alguna cirugía bariátrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Hace cuánto tiempo?						
¿Ha estado en tratamiento por alcoholismo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Ha estado en tratamiento por drogadicción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Le han practicado electrocardiogramas, rayos X, tratamiento de rayos X o de radio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dar detalle en caso afirmativo		
El solicitante ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas o conmociones cerebrales por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico o tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?						
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dar detalle en caso afirmativo:						
SÓLO PARA MUJERES						
¿Se ha practicado Papanicolaou/ citología? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Está usted embarazada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene o ha tenido enfermedades Ginecobstetras, tumor o trastorno en los pechos, matriz, trompas, ovarios, o del útero o cualquier trastorno de órganos femeninos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿El resultado de la última Papanicolaou/citología presentó alteraciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Cuántos meses tiene? _____		Si responde "SÍ", adjunte su control de embarazo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿La Papanicolaou/ citología fue practicada hace más de un año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

Datos mínimos requeridos para esta sección:

- Preguntas (SI/NO)

Nota: Toda solicitud debe ser enviada al Seleccionador de Riesgo para su evaluación.

El Seleccionador se reserva el derecho de solicitar exámenes o requisitos de Asegurabilidad adicionales.

Se incluye un espacio para observaciones relevantes al seguro. El corredor debe leerle, o hacerle leer, al solicitante la cláusula de garantía y las autorizaciones que debe firmar.

CLÁUSULA DE GARANTÍA
 Declaro que la información suministrada en este documento es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto que estas declaraciones sean parte integrante del contrato de seguro y que SEGUROS SURAMERICANA S.A. no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de la cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIAS CLÍNICAS Y OTROS
 En cumplimiento de las previsiones de la ley 68 de 2003 y demás normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital, o cualquier otra persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para que suministre a Seguros Suramericana, S.A., estando en vida o después de haber fallecido, copia de mi historia clínica o de cualquier informe referente a mi salud que ésta considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo, siempre y cuando la solicitud de información vaya acompañada de una fotocopia de esta Autorización.

Firma del Solicitante	Cédula o Pasaporte	No. S.S.						
		<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">AAAA</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Panamá</td> </tr> </table>	DD	MM	AAAA	Panamá		
DD	MM	AAAA						
Panamá								

El informe confidencial del corredor es vital para la justa evaluación del riesgo ya que representa una oportunidad para mitigar la omisión y reticencia del asegurado.

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Nota: El medio de pago “Pago al corredor” solo aplica para corredores que tienen este convenio de pago aprobado en Sura.

A pesar del medio de pago seleccionado, nos debemos asegurar que el primer fraccionamiento de prima se encuentre aplicado a la solicitud de seguro para poder entregar la póliza.

La forma de pago de “Descuento de Tarjeta de Crédito” es la única que permite el cobro del primer fraccionamiento a través de su formulario, específicamente en la pregunta *¿Cobro del primer fraccionamiento?*; Para el resto de formas de pagos, se hace imperativo que el primer pago se haga a través de caja SURA.

PARA PAGOS CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre como aparece en la Tarjeta de Crédito	No. De Tarjeta de Crédito	Tipo Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD	Vencimiento MM AAAA	Día de pago <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 16
Entidad Bancaria	Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> GOB <input type="checkbox"/> EE	Identificación		
<small>“Esta autorización continuará vigente después de la renovación de mi tarjeta de crédito y así se mantendrá al momento de renovarse la póliza. Sólo podrá ser cancelada por mi mediando notificación previa y escrita a Seguros Suramericana, S.A. o por decisión de ésta en caso de incumplimiento. Reconozco que es mi compromiso mantener saldo suficiente para que puedan hacerse efectivos los cargos que por este medio he autorizado y en consecuencia relevo a Seguros Suramericana, S.A. de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar la pérdida del seguro. El importe de la prima está sujeto a modificaciones, ya sea por el asegurado o por Seguros Suramericana, S.A., en cuyo caso será igualmente comunicado al banco para su cobro. el cliente se hace responsable de notificar a Seguros Suramericana, S.A. el vencimiento así como cualquier cambio de tarjeta de crédito.”</small>				Fecha DD MM AAAA
PARA USO DE SEGUROS SURA	Prima a Descotar	Número de Póliza	¿Cobro del primer fraccionamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Firma del Tarjetahabiente

Nota: El recibo SAP de pago debe ser proporcionado en conjunto con el resto de requisitos de asegurabilidad para la correcta y oportuna emisión de la póliza.

Cambio de beneficiarios

Los cambios de beneficiarios se diligencian a través de la “Solicitud de Modificación para Pólizas de P&F”, o enviar nota formal por parte del asegurado.

Disminución de Suma Asegurada

Para el trámite de disminución de suma asegurada se debe completar lo siguiente:

- Diligenciar “Solicitud de Modificación para Pólizas de P&F” solicitando la disminución de la suma asegurada.
- Cotización generada por el área de RIESGO NO ESTÁNDAR con la nueva prima.

Nota: Si la póliza se encuentra a dos meses de su renovación, cualquier solicitud de modificación a la suma asegurada de la póliza será atendida al momento de la renovación.

Aumento de Suma Asegurada

Para el trámite de aumento de suma asegurada se debe completar lo siguiente:

- Diligenciar **“Solicitud de Modificación para Pólizas de P&F”** solicitando el aumento de la suma asegurada.
- Cotización generada por el área de **RIESGO NO ESTÁNDAR** con la nueva prima

En los colectivos se analizará si la prima otorgada originalmente es consistente con la cantidad actual de asegurados en la póliza, de lo contrario el área de **RIESGO NO ESTÁNDAR** definirá una prima viable para las condiciones actuales de la póliza.

Nota: Si la póliza se encuentra a dos meses de su renovación, cualquier solicitud de modificación a la suma asegurada de la póliza será atendida al momento de la renovación.

Renovación de Póliza

La renovación de las pólizas se realizará al cumplimiento de un año de vigencia y de manera anticipada, bajo las siguientes consideraciones.

En el proceso de renovación se podrán presentar situaciones que modifiquen la prima de la póliza:

- Cambio de edad o rango de edad

Es también posible que en el proceso de renovación optemos por abstenernos de renovar la póliza debido a la alta siniestralidad del negocio. Esto debe ser notificado a los contratantes 30 días antes de finalizar la vigencia.

Cancelación de Póliza

Para el trámite de cancelación de póliza se debe completar lo siguiente:

- Diligenciar **“Solicitud para Modificación en Pólizas P&F”**, solicitando la cancelación de la póliza.

Las cancelaciones masivas por falta de pago se realizarán de acuerdo a las instrucciones proporcionadas por el área de Recaudo y Cartera siempre y cuando el listado nos sea proporcionado al equipo técnico antes del día 20 de cada mes.

Rehabilitación de Póliza

Las solicitudes de rehabilitación de pólizas se diligencian a través de formulario **“Solicitud de Modificación para Pólizas de P&F”**. Existen restricciones para las rehabilitaciones:

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.



- Solo se rehabilitan aquellas pólizas canceladas por "CADUCIDAD O FALTA DE PAGO".
- Solo se rehabilitan pólizas de asegurados con hasta un máximo de 59 años de edad.
- Pólizas canceladas hace más de seis (6) meses no podrán ser rehabilitadas.
- Para proceder a rehabilitar la póliza, el asegurado deberá pagar todas las prima vencidas y cualquier saldo adeudado derivado de esta póliza.

Nota: El Contratante deberá solicitar la rehabilitación por escrito y presentar nuevas pruebas de asegurabilidad.

Devolución de Primas

En los casos en el que el trámite de seguro y la misma no proceda por: declinación, aplazamiento o no aceptación de las extraprimas, el solicitante tendrá derecho a recuperar la prima inicial pagada.

La devolución de prima es una operación que debe ser gestionada por el Ejecutivo Comercial, y que involucra a Recaudo y Cartera, y Contabilidad.

Cambio de Corredor

Los cambios de corredor en estas pólizas, solo son permitidos a través de carta formal del contratante indicando su voluntad y las razones por las que desea cambiar de corredor. Estos cambios solo se realizan en la renovación de la póliza.

Nulidad Absoluta

Toda póliza con 30 días de haber sido emitida y que a la fecha no tengan aplicados si quiera el primer fraccionamiento de prima, requerida para proceder con la evaluación de la solicitud de seguro, será anulada desde recaudo y cartera.

Nota: Pólizas anuladas en concepto de Nulidad Absoluta no podrán ser rehabilitadas. Para cualquier efecto se entenderá como un negocio que nunca se emitió en la compañía.

Suspensión de Cobertura

Toda póliza que haya cumplido con el pago correspondiente al primer fraccionamiento de prima y que posterior caiga en saldo moroso de 30 días o más, caerá en suspensión de cobertura hasta por un periodo máximo de 60 días, periodo durante el que se inhabilita cualquier tipo de cobertura contratada, y que de continuar en morosidad por 90 días generará cancelación por falta de pago.

Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

Área de Riesgo No Estándar

El área de Riesgo No Estándar se encargará de atender las siguientes operaciones que conllevan complejidades técnicas de consideración que deben ser analizadas minuciosamente:

- Extensiones de vigencia temporalidad en pólizas de más de 6 meses de antigüedad.
- Disminución de temporalidad en pólizas de más de 6 meses de antigüedad.
- Disminución de suma asegurada en pólizas de más de 6 meses de antigüedad.
- Solicitudes de Aumento de suma asegurada.

Atención de Reclamaciones

Enfermedades Graves

La notificación de este reclamo se hará presentando los siguientes requisitos:

- Copia clara de la cédula del afectado
- Copia de toda la Historia Clínica del caso
- Informe médico que indique el tipo de enfermedad y los exámenes de comprobación histopatológica
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio
- Cualquier otra documentación adicional, será solicitada en su momento dependiendo de las circunstancias del caso

Aviso Legal

INFORMACIÓN DE DOMINIO PÚBLICO

La información aquí contenida es de Grupo de Inversiones Suramericana S.A., Suramericana S.A., sus filiales y subsidiarias, Fondo mutuo de inversión de empleados Suramericana S.A. y Fundación Suramericana. Al momento de realizar la divulgación, distribución, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso de esta información deberá citarse la fuente.

INFORMACIÓN DE USO INTERNO

La información aquí contenida es de Grupo de Inversiones Suramericana S.A., Suramericana S.A., sus filiales y subsidiarias, Fondo mutuo de inversión de empleados Suramericana S.A. y Fundación Suramericana. Su distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción y uso por parte de terceros ajenos o externos a las Compañías, requiere la autorización expresa.

INFORMACIÓN RESTRINGIDA Y CONFIDENCIAL

La información aquí contenida es de Grupo de Inversiones Suramericana S.A., Suramericana S.A., sus filiales y subsidiarias, Fondo mutuo de inversión de empleados Suramericana S.A. y Fundación Suramericana. Contiene información legalmente protegida por ser privilegiada o confidencial. Cualquier distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información, sin la autorización expresa de las Compañías está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente.

suramericana



Para uso exclusivo de personal autorizado. Está estrictamente prohibida y será sancionada legalmente cualquier retención, revisión no autorizada, distribución, divulgación, reenvío, copia, impresión, reproducción o uso indebido de esta información y sus anexos, sin la autorización expresa de Suramericana S.A.

