

Allianz 

ALLIANZ SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Asistencia Multifamiliar

Seguro de Vida Allianz ActuAll Digital

## ASISTENCIA MULTIFAMILIAR ALLIANZ.

### CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

#### 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS:

**ASEGURADO:** La persona física que contrata el servicio a su titularidad.

**GRUPO FAMILIAR:** Personas en primer grado (cónyuge, padres, suegros, hijos y yerno/nuera) y segundo grado de consanguinidad y afinidad (abuelos, hermanos, cuñados, nietos, sobrinos) que vivan en el mismo domicilio del asegurado.

**COORDINACIÓN:** Actividad administrativa provista por el proveedor de servicios que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles, para cumplir con la solicitud del asegurado con relación a los servicios de asistencias.

**FECHA DE INICIO VIGENCIA:** Fecha a partir de la cual los servicios que ofrece el proveedor de servicios estarán a disposición de los asegurados, que comienzan 24 horas después del momento de afiliación al programa.

**PERIODO DE VIGENCIA:** Periodo durante el cual el asegurado tiene derecho a obtener los servicios de asistencia. Comprende desde la fecha de inicio de vigencia hasta la cancelación por cualquier motivo del plan contratado.

**PAÍS DE RESIDENCIA:** Para fines de estas condiciones generales, el territorio de Colombia.

**SMDLV:** Salario Mínimo Diario Legal Vigente, es el valor determinado por el gobierno colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del inicio de vigencia.

**PROVEEDOR:** Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente, que en representación del proveedor de servicios asista al asegurado en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales.

**REFERENCIA:** Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por el proveedor de servicios telefónicamente al asegurado a su solicitud.

**SERVICIOS:** Los servicios de asistencia contemplados en el programa descrito en el presente anexo.

**EVENTO:** Cada suceso que implique una emergencia, urgencia o prestación de un servicio de asistencia y por el cual un técnico, empleado, proveedor, profesional u operador del proveedor de servicios, se presente ante un asegurado para proceder a la prestación de los servicios de asistencia solicitado.

**SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Cuando el asegurado se encuentre ante una situación que implique una emergencia, urgencia o demanda de asistencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente anexo, siempre que los mismos hayan tenido lugar durante el periodo de vigencia y en el ámbito territorial de validez.

**RESIDENCIA PERMANENTE:** El domicilio habitual del asegurado que para los efectos del presente anexo debe ser en Colombia dentro del ámbito de territorialidad definido.

**Ámbito territorial:** el derecho a las prestaciones se extiende a los asegurados que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura a nivel nacional en las ciudades de Bogotá, D.C., Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Montería, Sincelejo, Valledupar, Cúcuta, Tunja, Ibagué, Neiva, Villavicencio, Pasto, Popayán, Florencia, Riohacha, Yopal y Arauca.

## 2. COBERTURAS

ASISTENCIA MULTIFAMILIAR VIDA ActuAll Digital		
COBERTURAS MÉDICAS	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
SERVICIO DE AMBULANCIA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
TERAPIAS BÁSICA FÍSICAS A DOMICILIO	5 SMDLV	5 EVENTOS (COPAGO \$20.000)
PHONO DOCTOR-ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	3 EVENTOS
MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
PEDIATRÍA A DOMICILIO	SIN LÍMITE	1 EVENTO
EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUINEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA))	5 SMDLV	2 EVENTOS
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA (ALIMENTACIÓN SANA, DIETAS, NUTRICIÓN INFANTIL)	SIN LÍMITE	3 EVENTOS
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
COORDINACIÓN Y REALIZACIÓN EXAMEN DE (MAMOGRAFÍA/ANTÍGENO PROSTÁTICO)	5 SMDLV	1 EVENTO (COPAGO DE \$20.000)
AYUDA PARA ALQUILER DE SILLA DE RUEDAS, BASTONES, CAMILLAS, CAMINADORES Y SIMILARES EN CASO DE ACCIDENTE	5 SMDLV	1 EVENTO

COBERTURAS ODONTOLÓGICAS ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA		MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
ORIENTACION DENTAL TELEFÓNICA		SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
MEDICINA BUCAL	• EXAMEN CLÍNICO	\$ 400.000	2 EVENTOS
	• DIAGNÓSTICO		
	• PRONÓSTICO		
	• PLAN DE TRATAMIENTO		
CIRUGIA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES	• DIENTES PERMANENTES		
	• DIENTES TEMPORALES		
	• DIENTES FRACTURADOS		
	• RESTOS RADICULARES		
RADIOGRAFÍAS	• PERIAPICALES INDIVIDUALES		
	• CORONALES		
PROFILAXIS	• PULIDO DENTAL		
RESTAURADORA Y OPERATIVA	• AMALGAMAS, RESINAS, Y VIDRIOS IONOMÉRICOS		

COBERTURA DE MASCOTAS	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
ORIENTACIÓN MÉDICA VETERINARIA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS / 15 MINUTOS
CONSULTA MÉDICO VETERINARIO A DOMICILIO Y/O EN RED POR EMERGENCIA	5 SMDLV	1 EVENTO
SERVICIO PASEO DE CANINOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO	5 SMDLV	1 EVENTO / 4 DÍAS (MÁXIMO 2 HORAS)
GUARDERÍA CANINA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO	5 SMDLV	1 EVENTOS / 3 DÍAS
SERVICIO DE CREMACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE LA MASCOTA	7 SMDLV	1 EVENTO

COBERTURA FAMILIARES	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	EVENTOS POR AÑO
ASESORÍA JURÍDICA TELEFONICA EN CASO ACCIDENTE DE TRÁNSITO	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
TUTOR ACADÉMICO A DOMICILIO PARA AYUDA DE TAREAS	4 SMDLV	2 EVENTO (MÁXIMO 2 HORAS)
TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO	3 SMDLV	3 EVENTOS

## 2.1. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

### 2.1.1. COBERTURAS MÉDICAS

#### SERVICIO DE AMBULANCIA:

Quando el asegurado o miembro del grupo familiar requiera un traslado médico terrestre de emergencia dentro del ámbito territorial definido en el presente anexo a consecuencia de una lesión súbita o traumatismo que constituya una emergencia vital y que requiera un traslado médico, el proveedor de servicios coordinará dependiendo de la emergencia la ambulancia básica o ambulancia medicalizada y hará seguimiento hasta el arribo de unidades médicas para trasladar al asegurado o miembro del grupo familiar hasta el centro médico asistencial más cercano.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

#### TERAPIAS BÁSICAS FÍSICAS A DOMICILIO:

Quando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de terapias básicas físicas a domicilio o en la red de proveedores dentro del perímetro urbano del ámbito territorial definido en el presente anexo. Su misión principal es habilitar y rehabilitar el movimiento corporal humano, brindando a los usuarios programas de prevención y rehabilitación, atención en áreas como: neurología, lesiones deportivas, ortopedia. Las terapias de rehabilitación física las realiza un profesional de la salud graduado en fisioterapia y con conocimientos de las funciones del cuerpo humano, para así poder prestar una ayuda en los tres casos antes mencionados. Para estas terapias se utilizarán bandas calientes y frías, bandas elásticas, balones, los cuales ayudan en la terapia y con el objetivo de que el paciente recobre su movilidad lo antes posible. Para acceder a este servicio el asegurado o miembro del grupo familiar debe presentar orden médica vigente y debe solicitar el servicio con mínimo 12 horas de anticipación, el tiempo de cada terapia no excederá los 45 minutos.

Para la prestación de esta cobertura se deberá realizar el copago por parte del asegurado o miembro del grupo familiar de \$20.000 por evento.

Esta cobertura está limitada a un número de cinco (5) eventos por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

#### PHONO DOCTOR: ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA:

Cuando el asegurado o miembro de su grupo familiar requiera una orientación médica telefónica, el proveedor de servicios brindará, de acuerdo con las condiciones de la asistencia, orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año.

En la línea de asistencia, un profesional médico coordinado con un tercero por el proveedor de servicios, realizará la clasificación de la gravedad de su padecimiento y le orientará en los procedimientos y conductas provisionales, según la sintomatología manifestada, que se debe asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional médico de manera presencial, en caso de que lo requiera.

#### Exclusiones:

- No se prescriben medicamentos vía telefónica.
- No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación telefónica.
- No se cambian protocolos de tratamiento vía telefónica.
- El servicio no incluye el costo o garantiza el envío de un médico a domicilio.

Esta cobertura se prestará sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.

#### MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO POR EMERGENCIA:

Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios coordinará y pagará a través de un tercero el envío de un médico o enfermera hasta el lugar de residencia del asegurado o miembro del grupo familiar. Este servicio se presta a nivel nacional, dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país siempre y cuando sea una zona de fácil acceso. Para la asistencia del profesional médico se realizará un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica. El servicio está sujeto a previa autorización del médico del call center coordinado por el proveedor de servicios. Este servicio integra revisión médica y diagnóstico, el seguimiento pertinente del tratamiento debe ser realizado por el asegurado.

Esta cobertura se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada para el asegurado o miembro del grupo familiar. Los servicios están sujetos a previa evaluación, clasificación y autorización del profesional en medicina. Bajo criterio médico se podrá realizar la formulación de tratamiento.

#### Exclusiones:

- No incluye el costo o la aplicación de tratamientos, aplicación de medicamentos, curaciones o tratamientos quirúrgicos de ningún tipo.
- El médico coordinado por el proveedor de servicios para brindar el servicio no está obligado a portar, proveer o administrar medicamentos.
- No incluye toma de muestras de laboratorios.
- No incluye la asistencia por especialistas.
- No incluye movilización del paciente.

Para la prestación del servicio de enfermería será sí y solo sí; se justifica la necesidad y se cuenta con una orden médica y previa firma de un documento que constate el consentimiento y comprensión por parte del asegurado o miembro del grupo familiar y/o paciente. El profesional en enfermería asignado podrá realizar curaciones básicas (excluyendo curaciones complejas o debridaciones) y en caso de ser necesario podrá aplicar

medicamentos que estén formulados por un médico. El asegurado o miembro del grupo familiar debe presentar la orden médica al momento de la prestación del servicio acerca del medicamento que se administrará (medio, vía y técnica de administración, propósito, efectos adversos y reacciones principales y secundarios, así como el actuar en caso de presentarse estos efectos y/o reacciones). Los únicos medicamentos autorizados por el proveedor de servicios para la aplicación en sitio son: anti-inflamatorios, analgésicos, antiespasmódicos, antipiréticos, anti-histamínicos, aplicados por vía oral, intramuscular o endovenosa, siempre bajo la autorización comprobable de un médico. Este servicio se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada, a nivel nacional para el asegurado o grupo familiar y en la vivienda registrada por el asegurado o el grupo familiar dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país siempre y cuando sea una zona de fácil acceso.

#### Condiciones del Servicio de Enfermería:

- Este servicio se brindará según las indicaciones dadas por el médico y límites de la asistencia contratada.
- Para la coordinación del servicio de inyectología, es necesario que el asegurado o miembro del grupo familiar presente la documentación médica certificada del paciente, la cual debe ser reciente (máximo 3 meses desde su expedición) y describir la siguiente información:
  - membrete de la institución médica.
  - nombre, edad y diagnóstico(s) definitivos del paciente.
  - cuidados necesarios para el paciente.
  - nombre, firma y cédula del médico.
- Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico del call center del proveedor de servicios.

#### Exclusiones del Servicio de Enfermería:

- El proveedor de servicios no cubre el valor de los medicamentos.
- No incluye el costo o el envío de ningún tipo de medicamento.
- No incluye toma de muestras de laboratorios.
- No incluye la asistencia por especialistas.
- No incluye movilización del paciente.
- No incluye la asistencia para pacientes con diagnósticos psiquiátricos o postquirúrgicos de alta complejidad (no neurológica, no cardiológica, no estética).

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

#### PEDIATRÍA A DOMICILIO POR EMERGENCIA:

Cuando el asegurado lo requiera, el proveedor de servicios pagará y coordinará a través de un tercero el envío de un médico pediatra a domicilio para la atención de un miembro del grupo familiar menor de 15 años dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país siempre y cuando sea una zona de fácil acceso, para hacerle un chequeo, revisión o diagnóstico derivado de una emergencia médica. El servicio está sujeto a previa autorización del médico del call center coordinado por el proveedor de servicios. El médico deberá identificar correcta y rápidamente la necesidad del menor determinando la respuesta más adecuada para resolverla, en función del contexto y de las disponibilidades, sin necesidad de que el paciente se movilice de su domicilio, o del lugar autorizado a la luz del servicio contratado, orientándolo sobre las conductas que tiene que seguir.

Este servicio integra revisión médica y diagnóstico, mientras el paciente realiza el seguimiento pertinente a su tratamiento.

### Condiciones del Servicio de Pediatría

- Los servicios están sujetos a previa evaluación, clasificación y autorización del profesional en medicina del call center coordinado por el proveedor de servicios.
- Las incapacidades se generarán a criterio del médico tratante

### Exclusiones del Servicio de Pediatría

- No incluye el costo o la aplicación de tratamientos, aplicación de medicamentos, curaciones o tratamientos quirúrgicos de ningún tipo.
- El médico coordinado por el proveedor de servicios para brindar el servicio no está obligado a portar, proveer o administrar medicamentos.
- No incluye toma de muestras de laboratorios.
- No incluye la asistencia por especialistas.
- No incluye movilización del paciente.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

### EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA):

El proveedor de servicios a solicitud del asegurado o miembro del grupo familiar, reconocerá los siguientes exámenes ambulatorios de diagnóstico: hemograma completo, glucosa, grupo sanguíneo, emo (elemental y microscópico de orina, parcial de orina); la toma de los anteriores exámenes se prestará dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país siempre y cuando sea una zona de fácil acceso. El servicio debe ser solicitado con 24 horas de antelación. El proveedor de servicios solicitará la orden médica del examen requerido. Este servicio será prestado en días hábiles de 8:00 a.m. a 10:00 a.m., los resultados de los exámenes se enviarán a través de correo electrónico suministrado por el asegurado o miembro del grupo familiar, 24 horas después de haber sido tomada la muestra.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

### ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA (ALIMENTACIÓN SANA, DIETAS, NUTRICIÓN INFANTIL):

Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de asistencia nutricional telefónica. Esta asistencia se brindará por parte de especialistas para consultas del cuadro nutricional de los alimentos (calorías, carbohidratos etc.) alimentación sana, dietas, nutrición infantil, referenciación de nutricionistas, envío de información vía electrónica de dietas y recomendaciones para llevar una alimentación sana y estilo de vida saludable.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

### ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA:

Cuando el asegurado o miembro de su grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios gestionará la prestación de servicio de orientación psicológica vía telefónica. Este servicio ofrece un apoyo puntual, no de urgencia. el objetivo principal es recuperar la autonomía

del paciente en el menor tiempo posible, después de un “shock” emocional, estrés post-traumático, etc.

Esta cobertura se prestará sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.

#### **COORDINACIÓN Y REALIZACIÓN DE EXÁMEN DE (MAMOGRAFÍA / ANTIGENO PROSTÁTICO):**

Cuando el asegurado o miembro de su grupo familiar lo requiera y a su solicitud, se prestará la coordinación y examen de mamografía o antígeno prostático dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país, el límite de edad será desde los 25 años en adelante. El asegurado o miembro de su grupo familiar deberá remitir orden médica al momento de solicitar la asistencia. Este servicio deberá ser solicitado con 48 horas de anticipación. Para cancelar la asistencia programada, debe comunicarse con el proveedor de servicios y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación.

Para la prestación de esta cobertura se deberá realizar el copago por parte del asegurado de \$20.000.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

#### **AYUDA PARA ALQUILER DE SILLAS DE RUEDAS, BASTONES, CAMILLAS, CAMINADORES Y SIMILARES EN CASO DE ACCIDENTE:**

Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios brindará una ayuda económica para el alquiler de: sillas de ruedas, bastones, camillas, caminadores y similares. Para acceder a esta asistencia el asegurado o miembro del grupo familiar deberá remitir al proveedor de servicios el resumen de la historia clínica, incapacidad y/o certificación médica expedida por un profesional de la salud donde se refrende tal condición.

Para hacer efectiva esta cobertura se deberá presentar al proveedor de servicios la copia del documento del asegurado o miembro del grupo familiar asistido, así como el soporte de pago generado por el alquiler del aparato (máx. 72 horas después de realizado el pago). Posteriormente el proveedor de servicios realizará el reembolso del valor pagado siempre y cuando no supere el límite de monto de cobertura.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

### **2.1.2. COBERTURAS ODONTOLÓGICAS:**

#### **ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA:**

El servicio se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada, dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país

Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera el proveedor de servicios coordinará por parte de personal calificado en medicina dental, adscritos a la red de prestadores, la atención de la asistencia dental a consecuencia de una emergencia odontológica.

**MEDICINA BUCAL:** Examen clínico de urgencia (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).



**CIRUGÍA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES:** El proveedor de servicios a solicitud del asegurado o miembro del grupo familiar prestará a través de un proveedor el servicio de asistencia de cirugía de exodoncia simple o extracciones, en dientes permanentes, dientes temporales, dientes fracturados o restos radiculares. Este servicio debe ser solicitado con un mínimo de 48 horas sujeto a disponibilidad de horario. El proveedor de servicios brindará al asegurado o miembro del grupo familiar la coordinación para el servicio de cirugía de exodoncia simple o extracciones, el desplazamiento correrá a cargo del asegurado o miembro del grupo familiar. El asegurado o miembro del grupo familiar debe presentar la valoración por el odontólogo certificado para realizar la autorización de la cirugía.

**RADIOGRAFÍAS:** Periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio.

**PROFILAXIS: PULIDO DENTAL:** Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera el proveedor de servicios coordinará el procedimiento de profilaxis, por medio de un proveedor odontológico, donde se realizará una limpieza dental con el objetivo de limpiar las superficies dentarias y retirar la placa bacteriana y sarro que se encuentre adherido en las zonas dentales de difícil acceso por medio del cepillado dental diario.

**RESTAURADORA Y OPERATORIA: AMALGAMAS, RESINAS Y VIDRIOS IONOMÉRICOS:** Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar lo requiera, el proveedor de servicios coordinará con un proveedor odontológico para realizar el tratamiento restaurador y operatorio en molares permanentes de amalgamas, resinas y vidrios ionomericos.

**Exclusiones:**

- No se cubren los medicamentos posteriores a la cirugía
- Se excluyen los tratamientos posteriores y adicionales que no se encuentren dentro de esta cobertura.
- Tratamientos estéticos.
- Están excluidos los tratamientos de exodoncia (conductos) con fines protésicos.

Estas coberturas están limitadas a un número de dos (2) eventos por año y se prestará con un monto límite de cobertura de cuatrocientos mil pesos (\$400.000)

**ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA:**

Cuando el asegurado o miembro del grupo familiar requiera una orientación dental telefónica, el proveedor de servicios brindará, de acuerdo con las condiciones de la asistencia, orientación dental telefónica las 24 horas, los 365 días del año. En la línea de asistencia, un profesional en odontología coordinado por el proveedor de servicios con un tercero, realizará la orientación en los procedimientos y conductas provisionales según la sintomatología manifestada, que se deben asumir mientras el paciente hace contacto con un profesional en odontología de manera presencial, en caso de que lo requiera.

**Exclusiones:**

- No se prescriben medicamentos vía telefónica.
- No se realizan diagnósticos definitivos por tratarse de una asistencia en orientación dental telefónica.

Esta cobertura se prestará sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.

### 2.1.3. COBERTURAS MASCOTAS:

#### ORIENTACIÓN VETERINARIA TELEFÓNICA:

El asegurado o miembro del grupo familiar tendrá acceso a información sobre el cuidado de la mascota, contando con la atención telefónica directa de un veterinario, el cual orientará en las conductas temporales que se deben asumir mientras se hace contacto profesional veterinario- mascota. podrá hacer las consultas necesarias sobre:

- Molestias, síntomas y enfermedades de la mascota.
- Primeros auxilios en caso de emergencia por accidente o enfermedad de la mascota amparada.
- Manejo y cuidado en caso de viaje de la mascota.

El proveedor de servicios no se hace responsable por sucesos posteriores a la asesoría telefónica, ya que se entiende que es un servicio de medios y no de resultado, por ende, no se puede garantizar el resultado final seguido de la consulta telefónica.

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos (15 minutos / evento) por año y se prestará sin monto límite de cobertura.

#### CONSULTA VETERINARIA POR EMERGENCIA A DOMICILIO O EN RED:

En caso de enfermedad súbita de la mascota o accidente ocurrido durante la vigencia de la asistencia y que sea considerada como una emergencia, en los términos y condiciones descritos en el presente documento, el proveedor de servicios coordinará y pagará el servicio de consulta veterinaria hasta el monto límite de cobertura, a domicilio o en red veterinaria. Dentro de esta cobertura no se encuentra incluido ningún tratamiento, examen, medicamento, cirugía y/o procedimientos derivados del servicio. para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

El servicio se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada, dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país.

#### SERVICIO DE PASEO CANINO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO:

En caso de que el asegurado propietario de la mascota se encuentre hospitalizado por un periodo superior a tres (3) días, el proveedor de servicios brindará y coordinará el envío hasta su domicilio de un paseador para perros por un **máximo de dos (2) horas**, hasta por **cuatro (4) días** continuos. El responsable de la mascota deberá entregar información sobre aspectos de la condición física y el temperamento del canino. Este servicio se prestará en el lugar de residencia de la mascota, a nivel nacional dentro del perímetro urbano, en horario hábil de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm y sábados de 8:00 am a 12:00 pm.

Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas, situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carnet de vacunación, certificación expedida por profesional veterinario o historia clínica donde se refrende tal condición y adicionalmente el asegurado propietario de la mascota deberá remitir a el proveedor de servicios resumen de historia clínica, incapacidad y/o certificación medica de su hospitalización. El servicio debe ser solicitado mínimo con 24 horas de antelación.

El servicio se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada, dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

#### GUARDERÍA CANINA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO:

En caso de que el asegurado propietario de la mascota se encuentre hospitalizado por un periodo superior a tres (3) días, el proveedor de servicios brindará y coordinará el servicio de guardería para mascotas hasta por **tres (3) días** continuos en un centro designado y autorizado por el proveedor de servicios. El asegurado propietario de la mascota debe llevar la comida de la mascota, pues el cambio brusco de alimentación produce trastornos gastrointestinales.

Para acceder a esta asistencia, la mascota debe estar al día en vacunas, situación que deberá acreditarse mediante la presentación del carnet de vacunación, certificación expedida por profesional veterinario o historia clínica donde se refrende tal condición y adicionalmente el asegurado propietario de la mascota deberá remitir al proveedor de servicios resumen de historia clínica, incapacidad y/o certificación medica de su hospitalización. El servicio debe ser solicitado mínimo con 24 horas de antelación.

El servicio se prestará en el sitio autorizado a la luz de la asistencia contratada, dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 5 SMDLV.

#### SERVICIO DE CREMACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DE LA MASCOTA:

En caso de que el asegurado lo requiera, el proveedor de servicios cubrirá el costo del servicio de cremación de la mascota, ya sea por accidente o enfermedad grave comprobada.

El proveedor de servicios realizará el pago hasta el monto límite de cobertura a través de un tercero, quien asumirá la obligación de suministrar y prestar el servicio de cremación, siempre y cuando el propietario de la mascota haya solicitado el servicio y obtenido el visto bueno del tercero. Esta cobertura no opera por reembolso, y los servicios solo serán prestados a través de la red de proveedores del proveedor de servicios, sujetos a la normatividad, caso contrario no habrá obligación para el proveedor de servicios por los servicios tomados directamente por el asegurado. La asistencia de cremación se prestará en la ciudad de residencia permanente de la mascota dentro del perímetro urbano.

#### Para la prestación del servicio de cremación de la mascota se incluye:

- Retiro y transporte de la mascota fallecida
- Servicio de incineración de la mascota fallecida (no se entregan cenizas)

Para el retiro y transporte de la mascota fallecida, el proveedor de servicios prestará el servicio a la mascota fallecida desde el lugar del deceso hasta el horno crematorio y en los casos en los cuales el asegurado se encuentre domiciliado en municipio o población cercana, podrá acceder al servicio de cremación siempre y cuando asuma el traslado de la mascota hasta el proveedor más cercano autorizado por el proveedor de servicios.

Esta cobertura está limitada a un número de un (1) evento por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 7 SMDLV.

### 2.1.4. COBERTURAS FAMILIARES:

#### ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO:

En caso de que el asegurado lo requiera, por evento de ocurrencia de accidente de tránsito del vehículo (auto/moto) del asegurado o miembro del grupo familiar, el proveedor de servicios asesorará al conductor de este, el procedimiento para los trámites correspondientes. El proveedor de servicios deja constancia que esta cobertura es de medio y no de resultado, por lo cual el asegurado o miembro del grupo familiar acepta que la compañía no es responsable del éxito o del fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantar por él, como tampoco por los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el asegurado o miembro del grupo familiar.

Esta cobertura se prestará sin límite de eventos y sin monto límite de cobertura.

#### TUTOR ACADÉMICO A DOMICILIO PARA AYUDA DE TAREAS:

Cuando el asegurado lo requiera, el proveedor de servicios prestará el servicio de tutoría académica a domicilio al asegurado o miembros del grupo familiar menores de 17 años, a través de la cual se pone a su disposición una asesoría con un docente para cualquier duda o inquietud respecto a las áreas de español, matemáticas, historia y geografía, ciencias naturales, biología, física y química (asignaturas de nivel escolar básico de nivel primario y/o bachillerato). Esta asistencia estará condicionada a que las dudas e inquietudes no superen las **dos (2) horas** educativas. La asistencia consiste en ayudar al menor en el desarrollo de tareas.

#### Exclusiones:

Esta cobertura está limitada a un número de dos (2) eventos por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 4 SMDLV.

#### TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO:

En caso de que el asegurado o miembro de su grupo familiar lo requieran, el proveedor de asistencias prestará el servicio de traslado a un único destino dentro del perímetro urbano de la ciudad de residencia y ámbito territorial definido en el presente anexo. El proveedor de asistencias coordinará su traslado en taxi o un vehículo de similares características.

Este servicio se prestará para máximo (4 personas) en un solo trayecto. El servicio debe ser solicitado mínimo con 4 horas de antelación.

Esta cobertura está limitada a un número de tres (3) eventos por año y se prestará con un monto límite de cobertura de 3 SMDLV.

### 3. CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS:

Cuando el asegurado o miembro de su grupo familiar requiera de los servicios contemplados en el presente documento, se procederá de la siguiente forma:

- Se comunicará a la línea de asistencias, desde su celular al #265, en Bogotá al (601) 5941133 o 018000-513500 a nivel nacional
- Procederá a suministrarle al funcionario del proveedor que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como asegurado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del asegurado; número telefónico en el cual localizarlo; descripción por el asegurado del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- El proveedor confirmará si el asegurado de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de estos.
- Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el proveedor le prestará al asegurado los servicios solicitados por medio de la coordinación de la asistencia con

la red de prestadores del proveedor, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

- En caso de que el asegurado no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, el proveedor de servicios no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados en el presente documento.

#### **4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (GARANTÍAS):**

El asegurado estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados a:

- Obtener la autorización expresa del proveedor del servicio, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier tipo de servicio por iniciativa propia.
- Aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor, frente a los servicios solicitados.
- Identificarse como asegurado ante los funcionarios del proveedor o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
- Bajo ningún motivo el proveedor de servicios realizará suma de eventos o montos de cobertura para la prestación de una misma cobertura por una sola emergencia o necesidad del asegurado.

#### **5. REEMBOLSOS:**

El proveedor de servicios reembolsará al asegurado el valor que este hubiese pagado por la ocurrencia de cualquiera de los eventos amparados en el presente anexo y hasta por los límites allí indicados, siempre y cuando el asegurado cumpla con las obligaciones y procedimiento indicados a continuación:

- Haber solicitado antes de contratar un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización del proveedor de servicios la cual deberá pedirse telefónicamente a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia.
- Una vez recibida la solicitud previa, se le dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización. En ningún caso el proveedor de servicios realizará reembolso sin que el asegurado haya remitido las facturas originales correspondientes y estas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.
- Para hacer efectivo el reembolso el asegurado cuenta con 30 días calendario desde el momento de tener la aprobación del proveedor de servicios para radicar los documentos.
- El proceso de reembolsos y documentos necesarios para radicar la solicitud, le serán indicados al asegurado en el momento de tener la aprobación por parte del proveedor de servicios dependiendo del servicio sobre el cual va a radicar el reembolso, todos los documentos deben presentarse sin enmendaduras.

#### **6. INDEPENDENCIA:**

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de la cobertura descrita en el presente anexo, no implica ninguna clase de aceptación de responsabilidad por parte del proveedor de servicios, respecto de la cobertura, a la que accede el presente anexo de asistencia.

#### **7. EXCLUSIONES GENERALES:**

Además de las exclusiones indicadas en algunas de las coberturas, la compañía no cubrirá los siguientes casos:

- Los servicios serán prestados en las ciudades definidas en el “ámbito territorial” del presente documento, siempre y cuando la zona no este enmarcada como territorio de conflicto interno (zonas rojas) o zonas de tolerancia o zonas de difícil acceso vehicular, peatonal y de tránsito libre y aquellos lugares en donde exista inconveniente o riesgo de seguridad de los recursos por cualquier fuerza al margen de la ley, guerrilla, autodefensas o cualquier otro.
- Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por la compañía de asistencias.
- Los servicios adicionales que el asegurado haya contratado directamente con el técnico especialista y/o profesionales bajo su cuenta y riesgo.
- Daños causados por mala fe del asegurado.
- Los que tuviesen origen o fueran una consecuencia directa o indirecta de guerra, guerra civil, conflictos armados, sublevación, rebelión, sedición, actos mal intencionados de terceros, motín, huelga, desorden popular, terrorismo y otros hechos que alteren la seguridad interior del estado o el orden público.
- Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de cuerpos de seguridad.
- Eventos derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Eventos catastróficos de la naturaleza tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa; o apoyada en pruebas falsas.