

CLAUSULADO AP MASCOTAS | EMCALI

CHUBB®

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD COLECTIVA

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D001
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

CONDICIONES GENERALES:

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA" O "CHUBB", CON SUJECCIÓN A LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y A LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CONVENIDO CELEBRAR UN CONTRATO DE SEGURO QUE AMPARE HASTA EL LÍMITE ASEGURADO, ESTABLECIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS, LA PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA DEL ASEGURADO. EL CONTRATO DE SEGURO OPERA DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES Y EXCLUSIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO BÁSICO - PÉRDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA.

MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN CUARTA.

CONDICIÓN SEGUNDA – AMPAROS ADICIONALES.

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR LOS AMPAROS ADICIONALES OFRECIDOS PARA ESTA PÓLIZA, DETERMINANDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN EL CUADRO DE COBERTURAS CUÁL DESEA ADQUIRIR.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y COBERTURAS SON LAS ESTIPULADAS EN LOS RESPECTIVOS ANEXOS.

LAS EXCLUSIONES ESPECIALES DE LOS AMPAROS ADICIONALES SE HARÁN CONSTAR EN EL ANEXO DE DICHO AMPARO, DEL MISMO MODO Y EN LO PERTINENTE, TAMBIÉN LES SERÁN APLICABLES LAS EXCLUSIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA – EXCLUSIONES.

EL PRESENTE SEGURO NO TENDRÁ COBERTURA PARA EL AMPARO BÁSICO O PARA CUALQUIERA DE LOS AMPAROS ADICIONALES, POR CUALQUIER EVENTO QUE SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- A. ACCIDENTE DE AVIACIÓN, CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- B. ACCIDENTE DE AVIACIÓN CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AERONAVE DE LINEA NO COMERCIAL PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.**
- C. ACCIDENTES QUE LA PERSONA ASEGURADA O LOS BENEFICIARIOS, POR ACCIÓN U OMISIÓN, PROVOQUEN DOLOSAMENTE O CON CULPA GRAVE.**
- D. ACCIONES DE TERCERAS PERSONAS, CON UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, CORTO PUNZANTE O CONTUNDENTE.**
- E. DEDICARSE EL ASEGURADO A PRACTICAR, COMPETIR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO BUCEO, ALPINISMO O ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESCALADA EN HILO DONDE SE HAGA USO DE SOGAS O GUÍAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O QUE SE DEDIQUE PROFESIONALMENTE A ALGÚN DEPORTE.**
- F. ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN SERVICIO ACTIVO Y EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES, COMO MILITAR, POLICÍA MIEMBRO DE ORGANISMO DE SEGURIDAD, DE INTELIGENCIA, GUARDAESPALDAS O VIGILANTE DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD.**
- G. ENFERMEDADES DE CUALQUIER NATURALEZA, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- H. ESTADO DE GESTACIÓN, ALUMBRAMIENTO, ABORTO O COMPLICACIONES SUFRIDAS A CAUSA DE CUALQUIERA DE ESTOS ESTADOS.**
- I. GUERRA, INVASIÓN O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES DE GUERRA, HAYA MEDIADO O NO DECLARACIÓN, GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O EN GENERAL CUALQUIER CLASE DE CONMOCIÓN CIVIL.**
- J. HABER INGERIDO EL ASEGURADO DROGAS TÓXICAS, ALUCINÓGENOS O INGESTIÓN DE ESTUPEFACIENTES O CUANDO LA PERSONA ASEGURADA CONDUZCA CUALQUIER CLASE DE VEHÍCULO ESTANDO BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL ETÍLICO.**
- K. HABERSE INFRINGIDO CUALQUIER NORMA LEGAL PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- L. INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA.**
- M. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CONSECUENCIAS DERIVADAS DE ELLAS, SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**
- N. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES AUTO INFLINGIDAS, BIEN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ALGÚN ESTADO DE DEMENCIA O ENAJENACIÓN MENTAL.**
- O. TRATAMIENTOS MÉDICOS O RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE LAS MISMAS HAYAN SIDO ORIGINADAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO EN LA PÓLIZA.**

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

DUPLICIDAD DE PÓLIZAS

EL ASEGURADO SÓLO PODRÁ TENER UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO. EN CASO DE TENER MÁS DE UNA COBERTURA CON LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE UN MISMO AMPARO DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO, ELLO NO LE DARÁ DERECHO A EXIGIR MÁS DE UNA SUMA ASEGURADA.

SI LA COMPAÑÍA EXPIDE CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO ADICIONALES RESPECTO DEL MISMO ASEGURADO Y OCURRE UN SINIESTRO, SE CONSIDERARÁ A ESTA PERSONA ASEGURADA SOLAMENTE CON BASE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO. LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ, EN TAL CASO, EL VALOR DE LAS PRIMAS NO DEVENGADAS QUE HAYAN SIDO PERCIBIDAS CON BASE EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE MENOR BENEFICIO.

CONDICIÓN CUARTA. DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de esta póliza, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

MUERTE ACCIDENTAL: El fallecimiento del asegurado que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la cobertura individual del seguro, entendido éste como un hecho externo a la corporeidad del asegurado y a su voluntad, súbito y fortuito, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

DESAPARECIMIENTO: Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos que a continuación se señalan, y den origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparición con arreglo a la ley colombiana:

- A. Desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
- B. Desaparición en un río, lago, o mar.
- C. Desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN QUINTA – TOMADOR.

Para efectos de esta póliza, en los términos del artículo 1039 del Código de Comercio, el Tomador es la persona que ha convenido con LA COMPAÑÍA el seguro para un tercero determinado o determinable.

CONDICIÓN SEXTA – SEGURO COLECTIVO.

El seguro objeto de esta póliza es colectivo en los términos del artículo 1064 del Código de Comercio, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los asegurados individualmente considerados. Igualmente LA COMPAÑÍA para efectos administrativos y de operación, podrá identificar en sus sistemas de información cada riesgo asegurado bajo un número de identificación único y podrá expedir un solo documento que será la póliza matriz.

CONDICIÓN SÉPTIMA. –REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, tal como se indiquen en anexo o condición particular.

CONDICIÓN OCTAVA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo básico serán los siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN NOVENA - VIGENCIA.

La vigencia será determinada o determinable, según se indica en cada certificado de seguro. En todo caso la póliza matriz para efectos administrativos tendrá la vigencia indicada en la misma.

CONDICIÓN DÉCIMA - SUMA ASEGURADA, PRIMAS Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor asegurado y el valor de la prima del amparo básico y de los amparos adicionales, es el establecido en el certificado individual de seguro.

El valor de la prima se reajustará según lo establecido en el certificado individual de seguro.

Con el fin de salvaguardar el principio técnico de suficiencia de la prima, LA COMPAÑÍA podrá incrementar el valor de la prima, a través de notificación previa por el canal previamente autorizado, dirigida a los asegurados individualmente considerados.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA- PAGO DE LA PRIMA.

Póliza Colectiva No Contributiva: El Tomador es responsable del pago de la totalidad de las primas según se estipula en la carátula de la póliza.

Póliza Colectiva Contributiva: Es responsabilidad de cada Asegurado integrante del grupo sufragar la totalidad de la prima según se estipula en la carátula de la póliza o el certificado individual de seguro.

Para las dos modalidades de seguro: **i)** Si llegase a ocurrir algún siniestro antes del vencimiento del plazo para el pago de la prima, la COMPAÑÍA pagará el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas causadas y pendientes de pago. **ii)** Si las primas o sus cuotas no fueran pagadas dentro del plazo, se producirá la terminación automática del contrato de seguro. **iii)** El plazo para el pago de las primas o de sus cuotas será de un mes contado a partir del inicio de vigencia, a menos que el certificado individual de seguro disponga otro término o por condición particular se pacte otra modalidad de pago.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurado hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA – AVISO, RECLAMACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y PAGO DEL SINIESTRO.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, el Asegurado y/o Beneficiario según corresponda, deberán dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del mismo, dentro del mes siguiente a la fecha de este.

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentarán pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado, para lo cual podrán presentar, entre otros, los siguientes documentos: Registro civil de defunción, copia documentos de identificación del Asegurado y beneficiarios.

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D00I
30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, de ser procedente, de efectuar investigaciones técnicas, o a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada para los amparos que así lo ameriten, mientras se encuentre pendiente una reclamación contra el presente seguro o cualquiera de sus anexos.

La COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, según sea el caso, la indemnización a que está obligada por la póliza y/o sus amparos adicionales, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Para los amparos adicionales la COMPAÑÍA podrá indicar en los respectivos anexos los documentos que se consideren idóneos para la reclamación sin perjuicio de la libertad probatoria que tienen los beneficiarios.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

En el seguro de accidentes personales, corresponde a cada asegurado declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

En caso de presentarse alguna de las condiciones consagradas en el artículo 1058 del Código de Comercio, que pudiera dar lugar a las sanciones allí consagradas, éstas sólo afectarán al asegurado que se encuentre en tal condición y no producirá efectos respecto de los demás asegurados en las pólizas colectivas.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, respecto de su cobertura individual, mediante aviso por escrito a LA COMPAÑÍA. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

El Tomador o el Asegurado en las pólizas contributivas, serán responsables en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

Por su parte LA COMPAÑÍA también podrá revocar las coberturas individuales de seguro para lo cual deberá notificar al asegurado mediante noticia escrita enviada a la última dirección registrada de su domicilio, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Si las primas ya se hubieren pagado, LA COMPAÑÍA reintegrará al asegurado las primas recibidas no devengadas.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del colectivo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- A. Por muerte del Asegurado.
- B. Por falta de pago de la prima
- C. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
- D. Por revocación del seguro por parte de cada integrante del seguro colectivo en los seguros contributivos, o parte del Tomador en los seguros no contributivos.
- E. Por revocación del seguro por la COMPAÑÍA.

- F. Por haber cumplido el asegurado la edad máxima de permanencia pactada en la póliza para el amparo básico.
- G. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA– INTRANSFERIBILIDAD.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido. Así mismo, esta cláusula será aplicable a todos los anexos que accedan la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO.

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad pactado en condición particular, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA– PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.

En caso de ser necesario de conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Asegurado se obliga con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y al momento de la renovación de la misma.

CONDICIÓN VIGÉSIMA– PRESCRIPCIÓN.

La prescripción de las acciones derivadas de esta póliza y de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA– NORMAS SUPLETORIAS.

En todo lo no previsto en las presentes condiciones específicas, este contrato se regirá por las disposiciones legales del Código de Comercio Colombiano.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA – NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por servicio postal autorizado en Colombia dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCER - DOMICILIO.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de la COMPAÑÍA, el establecido en la Cámara de Comercio.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: <https://www.ustarizabogados.com>
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

**ANEXO DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE A LA PÓLIZA ACCIDENTES
PERSONALES- MODALIDAD COLECTIVA VIGENCIA MENSUAL**

03/04/2018-1305-A-31-ANEXCHUBB0000001-D001
30/08/2015-1305-NT-A-31-APDAFORMANT00002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

**CONDICIÓN PRIMERA – AMPARO ADICIONAL DE
DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE. MEDIANTE ESTE AMPARO**

**LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE DESMEMBRACIÓN
ACCIDENTAL DEL ASEGURADO, TAL COMO SE DEFINE MÁS
ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.**

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

**EN ADICIÓN A LAS EXCLUSIONES ESTABLECIDAS PARA LA PÓLIZA
DE ACCIDENTES PERSONALES A LA QUE ACCEDE EL PRESENTE
ANEXO, ÉSTE NO AMPARA LA MONOPLEJÍA.**

**PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA
EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES
O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL
SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.**

CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

Para efectos de interpretación de coberturas de este amparo, otorgado con el presente anexo, se definen a continuación los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan en la forma señalada a continuación:

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL: La amputación traumática, quirúrgica o la inhabilidad funcional total y definitiva del órgano lesionado accidentalmente como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella, que se produzca de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días a la ocurrencia del accidente.

INHABILIDAD FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA: Es la deficiencia igual o mayor al 75% de la estructura del miembro en mención, no de la persona global, acorde con la calificación realizada, sobre la base del Decreto No. 1507 de 2014 o norma que los modifique, sustituya o adicione.

PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISTA: Es aquella imposibilidad total de percibir la luz.

PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN: Es la imposibilidad total de percibir sonidos a través del órgano de la

audición.

HABLAR: Es la facultad que tienen las personas naturales de expresarse a través de sonidos reconocibles como lenguaje o idioma.

PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA: Es la ausencia de la facultad de hablar.

PARÁLISIS CORPORAL: Es la pérdida o disminución de la función motora que produce incapacidad para mover uno o más grupos musculares (parálisis).

MONOPLEJÍA: Parálisis de un miembro o de un sólo grupo muscular

HEMIPLEJIA: Parálisis de un lado del cuerpo (miembro superior e inferior de un mismo lado del cuerpo humano)

PARAPLEJIA: Parálisis de las piernas y de la parte inferior del cuerpo; parálisis bilateral que afecta ambos lados del cuerpo humano.

TETRAPLEJIA: Parálisis de las cuatro extremidades.

CONDICIÓN CUARTA.- EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Desmembración por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Desmembración Por Accidente	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 70 años más 364 días.

CONDICIÓN QUINTA- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del colectivo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda. Los porcentajes señalados en la tabla prevista en el presente anexo, se aplicarán sobre la suma asegurada contratada para cada asegurado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN SEXTA – RECLAMACIONES POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL Y TABLA DE INDEMNIZACIONES.

Para que LA COMPAÑÍA proceda al pago de la indemnización por el presente amparo, el Asegurado, deberá acreditar la ocurrencia del siniestro, aportando las pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado.

La indemnización al asegurado, previa comprobación del hecho, será el valor correspondiente señalado a continuación, acorde a la lesión sufrida y según la tabla de porcentajes aplicada a la suma asegurada determinada así:

POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN AMBOS OJOS	100%
POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISTA EN UN OJO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN LOS DOS OÍDOS	100%

POR PÉRDIDA TOTAL PERMANENTE DE LA AUDICIÓN EN TODAS LAS FRECUENCIAS EN UN OÍDO	50%
POR PÉRDIDA TOTAL DEL HABLA	100%
POR PARÁLISIS CORPORAL E IRREMEDIABLE (Hemiplejia, Paraplejia y tetraplejia únicamente)	100%
POR AMPUTACIÓN O INHABILIDAD TOTAL O FUNCIONAL DE DOS O MAS MIEMBROS (POR MIEMBRO SE ENTIENDE BRAZO, PIERNA, MANO O PIE)	100%
POR AMPUTACIÓN DE UN PIE	50%
POR AMPUTACIÓN DEL DEDO GRANDE DEL PIE	6%
POR AMPUTACIÓN DE CUALQUIER OTRO DEDO DEL PIE.	2%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DEL BRAZO:	DERECHO 50% IZQUIERDO 50%
POR AMPUTACIÓN TOTAL DE UNA MANO O EL ANTEBRAZO:	DERECHO 60% IZQUIERDO 40%
POR AMPUTACIÓN DEL PULGAR:	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%.
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DEL PULGAR	DERECHO 20% IZQUIERDO 15%
POR AMPUTACIÓN DE TRES FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :	DERECHA 10% IZQUIERDA 7%
POR AMPUTACIÓN DE DOS FALANGES DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO :	DERECHA 8% IZQUIERDA 6%
POR AMPUTACIÓN DE UNA FALANGE DE CUALQUIER OTRO DEDO DE LA MANO	DERECHA 5% IZQUIERDA 3%

PARÁGRAFO: Para efectos de aplicación de la tabla anterior, se entenderá como pérdida o amputación de:

- A. La mano: amputación ocurrida por la muñeca.
- B. El antebrazo: la amputación sufrida hasta el codo.
- C. El brazo: la amputación por arriba del codo.
- D. El pie: amputación por la articulación del cuello del pie.
- E. El dedo: amputación por las articulaciones metacarpianas por encima de ellas.
- F. Si el asegurado es zurdo, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán.

CONDICIÓN SÉPTIMA – DEDUCCIONES.

La indemnización Desmembración Accidental no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales ni al amparo de Incapacidad Total y Permanente, y por lo tanto una vez pagada una indemnización de la tabla de indemnizaciones se deducirá el porcentaje pagado del valor asegurado del amparo básico de la póliza de Accidentes Personales.

En caso de que por un mismo accidente se presentasen varias pérdidas, los pagos por estas varias perdidas, se calcularán sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin exceder el valor asegurado respectivo por desmembración.

CONDICIÓN OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE DESMEMBRACIÓN POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la vigencia más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE ESTE ANEXO ASI MISMO SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE A LA
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES - MODALIDAD COLECTIVA
VIGENCIA MENSUAL**

03/04/2018-1305-A-31-ANEXCHUBB0000002-D00I
30/08/2015-1305-NT-A-31-APITPAFORMANT002

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO, SUS MODIFICACIONES O RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, QUEDANDO SUJETO A TODOS LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y EXCEPCIONES SEÑALADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE DICHO SEGURO JUNTO CON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE. MEDIANTE ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO POR ACCIDENTE TAL COMO SE DEFINE MÁS ADELANTE EN LA CONDICIÓN TERCERA.

CONDICIÓN SEGUNDA –EXCLUSIONES.

AL PRESENTE ANEXO SE LE APLICAN, EN LO PERTINENTE, TODAS LAS EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO.

PARÁGRAFO: EN TODO CASO, ESTE SEGURO NO APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES

Para efectos de interpretación de cobertura de este amparo adicional, se definen los términos utilizados, los cuales serán interpretados cada vez que ellos aparezcan, en la forma señalada a continuación:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.

FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del Asegurado.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el Asegurado, cuya fecha de estructuración esté dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra

debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente, se considerará también como tal en los siguientes eventos:

- A) La amputación total de dos o más miembros. (brazos, piernas, manos o pies).
- B) La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- C) La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- D) La pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- E) La demencia incurable, previa declaración judicial.

PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL: Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

PORCENTAJE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Grado de pérdida de capacidad laboral.

PREEXISTENCIA: Se entiende por enfermedad, lesión o condición preexistente, aquella patología que ha sido diagnosticada o tratada con fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo de cada asegurado. También se considera preexistente la enfermedad o lesión aparente a simple vista o que por sus síntomas o signos no pudiese pasar inadvertida.

CONDICIÓN CUARTA – PERSONAS ASEGURABLES.

Son personas asegurables bajo el presente amparo adicional el asegurado principal.

CONDICIÓN QUINTA - EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Las edades de ingreso y permanencia para el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Accidente serán las siguientes, salvo que expresamente se modifiquen por condición particular mediante anexo convenido entre las partes:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	De 18 a 64 años más 364 días.	Hasta los 65 años más 364 días.

CONDICIÓN SEXTA –SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente de acuerdo con la forma indicada en el listado o en el certificado individual de seguro, según corresponda.

CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

El Asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente por Accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente. El porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser superior al

cincuenta (50%).

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá dentro del término legal para decidir la reclamación, exigir al Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA – DEDUCCIONES.

La indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Accidente no es acumulable al amparo básico del seguro de Accidentes Personales, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha Incapacidad Total y Permanente por Accidente termina el Seguro para el Asegurado individualmente considerado.

CONDICIÓN NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE.

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada Asegurado individualmente considerado, al vencimiento de la vigencia más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años más 364 días, o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE ANEXO. ASI MISMO SE REGISTRÁN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

ANEXO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR LA PROPIEDAD O TENENCIA DE MASCOTAS A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES MODALIDAD COLECTIVA VIGENCIA MENSUAL

28/01/2019-1305-A-06-ANEXCHUBB2019026-D00I

31/05/2016-1305-NT-P-06-RCGENERAL

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑIA", EN CONSIDERACIÓN A LA PRIMA PACTADA ASÍ COMO A LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO, TODAS LAS CUALES HACEN PARTE INTEGRANTE DE ESTE SEGURO, OTORGA LAS COBERTURAS O AMPAROS QUE SE SEÑALAN MÁS ADELANTE.

TODOS LOS AMPAROS DE ESTE ANEXO SON PROPIOS DE LA NATURALEZA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y OPERARÁN SEGÚN EL SISTEMA GENERAL DE OCURRENCIA PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

TODAS LAS INDEMNIZACIONES QUE PUEDAN LLEGAR A GENERARSE COMO CONSECUENCIA DE UN SINIESTRO AMPARADO POR CUALQUIERA DE LAS COBERTURAS DE ESTE ANEXO ESTÁN SUJETAS A LOS LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y EL (LOS) DEDUCIBLE(S) APLICABLES TAL COMO ESTOS ESTÉN EXPRESAMENTE CONTENIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y/O ESPECIALES QUE HAGAN PARTE DE ESTA PÓLIZA.

CONDICIÓN PRIMERA - AMPAROS**A.- INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS**

LA COMPAÑIA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y/O PARTICULARES Y/O ESPECIALES PACTADAS, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES Y EXTRAPATRIMONIALES QUE, DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA CAUSE LA MASCOTA (SEGÚN ESTE TÉRMINO SE DEFINE MÁS ADELANTE) DEL ASEGURADO DE MANERA ACCIDENTAL, SÚBITA E IMPREVISTA MIENTRAS SE ENCUENTRE BAJO LA VIGILANCIA Y CONTROL DIRECTO DEL ASEGURADO Y SIEMPRE QUE DICHO ASEGURADO SEA RESPONSABLE DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

B.- GASTOS LEGALES

LA COMPAÑIA PAGARÁ EN NOMBRE DEL ASEGURADO LOS GASTOS LEGALES EN QUE ESTE INCURRA, CON LA APROBACIÓN PREVIA Y POR ESCRITO DE LA COMPAÑIA, PARA SU DEFENSA FRENTE A CUALQUIER RECLAMACIÓN O RECLAMO, AUN CUANDO LA MISMA NO TENGA FUNDAMENTO PERO SIEMPRE Y CUANDO ESTOS NO SE ENCUENTREN DESPROVISTOS DE COBERTURA O ESTÉN EXCLUIDOS DE ESTE SEGURO.

C.- GASTOS MÉDICOS

LA COMPAÑIA PAGARÁ AL O EN NOMBRE DEL ASEGURADO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES DE ESTE SEGURO Y, EN ESPECIAL AL SUBLÍMITE DE INDEMNIZACIÓN INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES PARTICULARES Y/O ESPECIALES, LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN LA PRESTACIÓN, POR PARTE DE TERCEROS Y NO DE PERSONAL PROPIO DEL ASEGURADO, DE ACTIVIDADES QUE CONSTITUYAN PRIMEROS

03/04/2018-1305-P-31-CLACHUBB20180006-D00I

30/08/2015-1305-NT-P-31-APMAFORMANT00002

AUXILIOS INMEDIATOS O QUE SE CAUSEN DENTRO DE LOS CINCO (5) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, POR CONCEPTO DE SERVICIOS MÉDICOS NECESARIOS, DE AMBULANCIA, DE HOSPITAL, DE ENFERMERA Y DE MEDICAMENTOS, COMO CONSECUENCIA DE LESIONES CORPORALES CAUSADAS A TERCEROS POR PARTE DE SU MASCOTA.

EL AMPARO QUE MEDIANTE ESTA SECCIÓN SE OTORGA ES INDEPENDIENTE DEL DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y POR CONSIGUIENTE, LOS PAGOS QUE POR DICHO CONCEPTO SE REALICEN, EN NINGUN CASO PUEDEN SER INTERPRETADOS COMO ACEPTACIÓN TÁCITA DE RESPONSABILIDAD.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA SUMA CON OCASIÓN DE UN RECLAMO O RECLAMACIÓN INCLUYENDO GASTOS LEGALES DE, TENGA SU CAUSA EN O ESTÉ RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON

- 1. TODA CLASE DE EVENTOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.**
- 2. DAÑOS PUNITIVOS O EJEMPLARIZANTES.**
- 3. PERJUICIOS CAUSADOS POR LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD , DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADO, MANEJO, TENENCIA Y CUSTODIA DE ANIMALES.**
- 4. PERJUICIOS PATRIMONIALES PUROS ES DECIR AQUELLOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE LESIONES O MUERTE A PERSONAS CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.**
- 5. MULTAS O SANCIONES PENALES O ADMINISTRATIVAS.**
- 6. DAÑOS GENÉTICOS A PERSONAS O ANIMALES.**
- 7. DOLO, O ACTOS MERAMENTE POTESTATIVOS DEL TOMADOR, ASEGURADO.**
- 8. DAÑOS O PERJUICIOS QUE SUFRAN LOS BIENES O A LA PERSONA DEL ASEGURADO O A LAS PERSONAS Y/O BIENES DE LOS ADMINISTRADORES O TRABAJADORES A SU SERVICIO, ASI COMO A SUS CÓNYUGES O PARIENTES DENTRO DEL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO DE AFINIDAD O ÚNICO CIVIL.**
- 9. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS MIENTRAS LA MASCOTA DEL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA CUSTODIA, CONTROL Y VIGILANCIA DIRECTA DEL ASEGURADO O UN FAMILIAR CONFORME SE INDICA EN LA DEFINICIÓN DE ASEGURADO.**

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIONES

1.- Asegurado: Significa toda persona natural que tenga interés asegurable de acuerdo con las coberturas dispuestas en la presente póliza.

Para los efectos de esta póliza se considerarán también Asegurados, su cónyuge e hijos menores que habiten bajo el mismo techo.

2.- Gastos legales: Significan los honorarios de abogados y demás gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados previamente y por escrito por la Compañía en que deba incurrir el asegurado para la Defensa de una Reclamación amparada bajo esta póliza.

Para los efectos de esta póliza, Gastos legales no incluyen fianzas y/o gastos de fianzas de cualquier tipo.

3.- Mascota: Significa cualquier **animal de compañía** dentro de la actividad o el ámbito familiar.

No se consideran mascotas para los efectos de este seguro animales que se tengan con fines comerciales, de vigilancia, industriales y/o de producción.

4.- Reclamaciones o Reclamos significan:

a) Significa toda demanda o proceso, ya sea civil, comercial o arbitral en contra del Asegurado, para obtener la reparación de un daño patrimonial originado en un siniestro.

b) Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del Asegurado que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un Daño o Pérdida como resultado o derivado de un evento asegurado por alguno de los seguros mencionados en esta definición.

4.- Siniestro Conforme a lo previsto por el artículo 1131 del Código de Comercio Es el hecho acaecido en forma accidental, súbito, repentino e imprevisto, ocurrido durante la vigencia de la póliza, imputable al Asegurado, que cause un daño que pueda dar origen a una reclamación de responsabilidad civil extracontractual contra el Asegurado.

Constituye un sólo siniestro el acontecimiento o serie de acontecimientos dañosos debido a una misma causa originaria, con independencia del número de reclamantes, reclamaciones formuladas o personas legalmente responsables.

CONDICIÓN CUARTA - PAGO DE RECLAMACIONES

Conforme a lo previsto por el artículo 1080 del Código de Comercio, La Compañía efectuará el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o el Tercero Perjudicado acredite, aún extrajudicialmente, la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

En adición a lo antes indicado la Compañía estará obligada, además, a pagar las reclamaciones presentadas, en los siguientes casos:

1. Cuando se realice con su previa aprobación un acuerdo entre el Asegurado y el perjudicado mediante el cual se establezcan las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo por concepto de toda indemnización.
2. Cuando La Compañía realice un convenio con el perjudicado o sus representantes, mediante el cual éste libere de toda responsabilidad al Asegurado.

La Compañía no liquidará ni pagará ningún Siniestro derivado de Reclamo o Reclamación objeto de amparo sin el consentimiento del Asegurado. Si estos se rehúsan a prestar su consentimiento a un acuerdo sugerido por la Compañía, y aceptable para el perjudicado reclamante, la responsabilidad de la Compañía no excederá el monto de dicho acuerdo, incluyendo los costos y gastos incurridos desde el momento en que la Compañía solicitó el consentimiento del Asegurado hasta la fecha de rechazo. En el evento en que se logre un acuerdo, ambas partes convienen en realizar sus mejores esfuerzos para determinar un reparto justo y equitativo de los costos y gastos incurridos para lograr dicho acuerdo, a fin de que sean asumidos por ellas.

3. La Compañía podrá exonerarse en cualquier momento de toda responsabilidad de un siniestro amparado bajo la presente póliza, mediante el pago al Asegurado o tercero damnificado de la suma estipulada como límite máximo de responsabilidad respecto de dicho siniestro, más los gastos adicionales que con arreglo a la Ley le corresponda asumir.

EN LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE AMPARO, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO A LA CUAL ACCEDE EL PRESENTE AMPARO, ASÍ MISMO SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO DE COLOMBIA.

CONDICIONES PARTICULARES

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Las edades de ingreso y permanencia para los siguientes amparos serán como se describe a continuación, modificadas a través de la presente condición particular:

Amparo	Ingreso	Permanencia
Muerte Accidental-Desmembración Accidental-Incapacidad Total y Permanente por Accidente	De 18 a 65 años más 364 días.	Hasta los 74 años más 364 días.

PROGRAMA DE ASISTENCIA A MASCOTAS

ORIENTACIÓN VETERINARIA TELEFÓNICA

A365 Colombia brindará al propietario orientación médica veterinaria telefónica para la mascota, las 24 horas, los 365 días del año. En la línea de asistencia un médico veterinario general le atenderá, orientará en los procedimientos a seguir según la sintomatología manifestada, orientará las conductas provisionales que se deben asumir mientras se hace contacto profesional médico veterinario general-mascota.

Podrá hacer las consultas necesarias sobre:

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

A365 Colombia 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.

LIMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO MÉDICO VETERINARIO

Además de las exclusiones generales del servicio de asistencia, existen las siguientes:

Dentro de esta cobertura no se encuentra incluido ningún tratamiento, examen, medicamento, cirugía y/o procedimientos derivados del servicio.

Se excluye de la cobertura denominada “servicio médico veterinario”, las reclamaciones por tratamientos, exámenes, medicamentos, cirugías y/o procedimientos derivados del servicio.

Este servicio se prestará por tres (3) eventos al año con un límite de cobertura máximo de \$100.000 por evento.

GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad súbita ocurrida dentro de la vigencia de la asistencia, la mascota requiere asistencia veterinaria de urgencias, A365 realizará la asistencia de dicho accidente o enfermedad hasta por el monto asignado para tal evento. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización de médico veterinario de la central de operaciones de A365.

GASTOS MÉDICOS EN CASO DE ENFERMEDAD

Si como consecuencia de una enfermedad no preexistente, crónica, congénita, degenerativa o hereditaria, ocurrido dentro de la vigencia de la asistencia, la mascota requiere asistencia veterinaria o quirúrgica, A365 prestara los servicios veterinarios, esto es los gastos veterinarios razonables, acostumbrados y necesarios y los honorarios veterinarios causados, hasta el monto máximo de la cobertura. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del call center de A365 de acuerdo a los siguientes beneficios por el motivo de consulta:

- Atención de médico veterinario general de urgencia
- Exámenes de laboratorio básico: cuadro hemático, alt (alanina aminotrasferasa), creatinina, parcial de orina, coprológico.
- Imágenes diagnosticas:
 - Ecografías
 - Radiografías no contrastada
- Hospitalización.
- Medicamentos intrahospitalarios:
 - Analgésicos (dolor)
 - Anti-inflamatorios (inflamación)
 - Antipiréticos (fiebre)
 - Antibióticos
 - Corticoides
- Material de uso médico necesario en la etapa de urgencia
- Equipo y material de sutura

El procedimiento a realizarse quedará a criterio del profesional médico.

Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas.

Exclusiones

- Este servicio no operará por reembolso.
- Cualquier servicio contratado por el usuario y/o beneficiario sin previa autorización de la central de operaciones de A365 quedan excluidos.
- Todo hallazgo clínico concomitante con el motivo de consulta o enfermedad actual de la mascota y no sea una patología de exclusión se tomará como un evento nuevo.

GASTOS MÉDICOS EN CASO DE ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente, ocurrido dentro de la vigencia de la asistencia, la mascota requiere asistencia veterinaria o quirúrgica, A365 prestará los servicios veterinarios, esto es los gastos veterinarios razonables, acostumbrados y necesarios y los honorarios veterinarios causados, hasta el monto máximo de la cobertura. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del call center del A365 de acuerdo a los siguientes beneficios:

- Atención de médico veterinario general de urgencia
- Valoración médico veterinario ortopedista (en caso de ser requerido)
- Exámenes de laboratorio generales: cuadro hemático, alt (alanina aminotrasferasa), creatinina, parcial de orina
- Imágenes diagnosticas: ecografías – radiografías no contrastadas
- Hospitalización
- Medicamentos intrahospitalarios:
 - analgésicos (dolor)
 - antiinflamatorios (inflamación)
 - antipiréticos (fiebre)
 - antibióticos
 - corticoides

- Material de uso médico necesario en la etapa de urgencia: equipo y material de sutura el procedimiento a realizarse quedará a criterio del profesional.

Esta asistencia no incluye tratamientos con medicina homeopática y/o alternativa. El procedimiento a realizarse quedará a criterio del profesional médico.

Para acceder a esta asistencia la mascota debe estar al día en vacunas.

Exclusiones

- Este servicio no operará por reembolso.
- Cualquier servicio contratado por el usuario y/o beneficiario sin previa autorización de la central de operaciones de A365 quedan excluidos.
- Todo hallazgo clínico concomitante con el motivo de consulta o enfermedad actual de la mascota y no sea una patología de exclusión se tomará como un evento nuevo.

El accidente se debe notificar de manera inmediata a la central de operaciones de A365 de lo contrario al paso de 12 horas se catalogara como enfermedad.

LIMITE DE EVENTOS: \$500.000 por evento, 3 eventos al año, (combinados por el total de servicios de Gastos médicos por enfermedad y/o accidente con consulta médica para la mascota del propietario), con cobertura de hasta \$300.000 por evento. Este servicio tendrá un periodo de carencia de 30 días posteriores a la adquisición de la asistencia.

ASISTENCIA EN PÉRDIDA DE LA MASCOTA

El proveedor de la asistencia le brindará asistencia en la localización de mascotas extraviadas. Este servicio se prestará en la zona cercana al sitio de extravío de la mascota.

A365 ayudará en la búsqueda y localización de mascotas perdidas a través de la distribución de folletos, afiches de la mascota en vía pública.

Se repartirán 100 volantes o folletos en la zona de retención.

La pérdida de la mascota se debe reportar al Call center máximo 48 horas posteriores de la pérdida, pasado este tiempo no se tendrá cobertura.

ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO EN CIUDADES CAPITALES, MUNICIPIOS ALEDAÑOS A LAS CIUDADES PRINCIPALES CON UNA DISTANCIA DE 20 KILÓMETROS DEL PERÍMETRO URBANO.

LIMITE DE EVENTOS: Monto máximo hasta \$120.000 por evento, 1 evento al año.

REFUERZO ANUAL DE VACUNA ANTIRABIA EN RED VETERINARIA

El proveedor de la asistencia prestará el servicio de asistencia de vacunación a la mascota vinculada, en red veterinaria, incluyendo costo de la vacuna. Este servicio aplica para vacunas de refuerzo anual. (Vacuna contra la rabia). Esta asistencia se prestará a mascotas mayores de un año y menores de nueve años y que cuenten con un carné de vacunas al día. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del call center del proveedor de la asistencia. La mascota debe estar en óptimo estado de salud.

LIMITE DE EVENTOS: \$ 90.000 por evento 1 evento al año

ASISTENTE DE SERVICIOS PARA MASCOTAS

A365, prestara el servicio de referencia de diferentes tipos de servicios para mascotas, los costos derivados de estas referencias, deben ser asumidos por el propietario de la mascota.

Los servicios de referenciación son:

- Referencia de cementerios de mascotas
- Información sobre vacunación de mascotas.
- Referencia de salones de belleza, boutiques y clínicas veterinarias.
- Referencia de adiestradores de perros
- Referencia de Caminatas Eco-recreativas caninas
- Información Sobre Veterinarias, Guarderías y Demás Servicios de Mascotas

LIMITE DE EVENTOS: Este servicio se prestará sin límite de eventos.

HOTEL VETERINARIO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN O VIAJE DEL ASEGURADO

En caso que el propietario de la mascota inscrita lo requiera y tenga programado un viaje dentro del territorio nacional colombiano o se encuentre hospitalizado por más de tres días continuos, se brindara cobertura al servicio de hotel o guardería canina por tres noches consecutivas, los días adicionales requeridos correrán por cuenta del propietario de la mascota. Este servicio se prestara en la red de proveedores de A365 Colombia, se dará cobertura hasta el límite establecido. Los costos correspondientes del desplazamiento si llegase a requerir, correrán a cargo del propietario de la mascota.

El propietario deberá suministrar la comida para la mascota durante los días de estancia, ya que los cambios bruscos de dieta pueden generar problemas gastrointestinales.

Este servicio se debe solicitar con 48 horas de anticipación.

Este servicio se prestará, a nivel nacional dentro del perímetro urbano de ciudades capitales, siempre y cuando exista la infraestructura del tipo de proveedor.

La mascota debe contar con su carné de vacunas y desparasitación al día.

LÍMITE DE EVENTOS: 1 evento anual hasta por 3 días continuos, con cobertura de hasta \$250.000 por evento con un copago de \$25.000 por día (el valor del copago se incrementará anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor publicado por el DANE, +2 puntos).

PROCESO DE ATENCIÓN PARA ASISTENCIA A365

La central de operaciones de A365 Colombia, estará disponible las 24 horas del día, 365 días del año:

1. El Propietario de la mascota, se comunicara a la central de operaciones de A365, para solicitar cualquiera de las coberturas antes mencionadas.
2. Toma de información y solicitud se servicios por parte de un agente de la central de operaciones.
3. Verificación de requisitos necesarios para prestación de la asistencia.
4. Realización de triage veterinario telefónico para determinar la asistencia necesaria para la mascota.
5. Asignación del centro veterinario apto para la asistencia requerida, en caso de ser determinado luego del triage telefónico.
6. Seguimiento y monitoreo de la atención y evolución de la mascota hasta el egreso del centro veterinario asistencial en caso de haber sido requerido.

OBLIGACIONES DEL PROPIETARIO

Cada vez que en estas condiciones generales se utilice la expresión “PROPIETARIO”, se entiende que ella incluye a todas las personas mencionadas en el glosario de términos y que hayan adquirido y pagado previamente alguno de los planes detallados al final de estas condiciones generales.

El propietario, estará obligado en todos los casos y para todos los servicios que le serán brindados por A365 a:

- a) Obtener la autorización expresa de A365, a través de la central operativa en Colombia, antes de comprometer cualquier gasto o realizar acciones por iniciativa propia
- b) El propietario deberá siempre aceptar las recomendaciones y soluciones indicadas por A365, con respecto a los servicios brindados a la mascota
- c) Tener el carné de vacunación al día con sus respectivas vacunas

EXCLUSIONES GENERALES E INFORMACIÓN PARA LA ASISTENCIA MASCOTAS

- No serán objeto de las coberturas detalladas en este clausulado, mascotas diferentes a perros o gatos.
- Los servicios se prestarán hasta el monto límite de cobertura y según condiciones establecidas en el clausulado.
- El excedente del monto de cualquier servicio será pagado en forma inmediata por el propietario de la mascota con sus propios recursos al proveedor.
- Los servicios adicionales que el propietario de la mascota haya contratado directamente con el proveedor, correrán bajo su cuenta y riesgo.
- Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremoto, maremoto, granizo, vientos fuertes, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- Los que tuviesen origen o fuese 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.
- Los gastos veterinarios por enfermedad de la mascota si ésta es menor de tres (3) meses o mayor a doce (12) años cumplidos. Como fecha de referencia se tomará la fecha de nacimiento registrada en la caratula de la póliza.
- Esta asistencia no incluye tratamientos con medicina homeopática y/o alternativa.
- Ninguna enfermedad infecciosa que pueda sufrir la mascota amparada, si ésta no tiene su carné de vacunación y desparasitación al día.
- Los gastos veterinarios por enfermedad que sea determinada como preexistente y/o congénita.
- Procesos patológicos generados por consolidaciones o cálculos en perros y gatos.
- Procesos patológicos por hemoparásitos en perros y gatos.
- Procesos patológicos por ruptura de ligamento cruzado.
- Enfermedades parasitarias en perros y gatos.
- Enfermedades infecciosas tales como:
 - En perros: Distemper, parvovirus, hepatitis infecciosa canina, parainfluenza, leptospirosis, tos de las perreras, rabia, babesia, erlichia, dirofilaria, brucella, toxoplasma, neospora.
 - En gatos: calicivirus, rinotraqueitis infecciosa felina, panleucopenia felina, leucemia felina, clamidia, peritonitis infecciosa felina, rabia, bartonella, hemobartonella, toxoplasma, virus de inmunodeficiencia felina.
- Enfermedades preexistentes congénita o hereditaria de las mascotas:
 - Enfermedades congénitas:
 - Enfermedades conductuales
 - Enfermedades oncológicas de cualquier tipo
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Enfermedades endocrinas o metabólicas
 - Atopías inespecíficas.
 - Enfermedades hereditarias: Enfermedades de origen genético con predisposición patológica por raza (luxación Patelar, ruptura de ligamento cruzado, displasia o Luxación de cadera o de codo, Hemivertebra, Ectropión, Endoprión, Distiquiasis, Encantis, Testiculos Ectopicos (monorquidia o criptorquidia), elongación con o sin síndrome braquicéfalo, hernias umbilicales no traumáticas.

- Los exámenes y procedimientos que se enuncian a continuación, tac, escanografía, resonancia nuclear magnética, electrocardiograma, Rx contrastado, melografía, transfusiones sanguíneas, placas de compresión, tornillos ortopédicos, pruebas de laboratorio como Raspado de piel, citología de oído y todos aquellos especializados, medicamentos especializados.
- Gastos derivados por el incumplimiento de las recomendaciones que impartió el veterinario como necesarias para el tratamiento de la enfermedad.
- Medicamentos no especificados en la definición de los servicios de asistencia relacionados en las condiciones generales.
- Perjuicios derivados de hechos ocurridos fuera del territorio de la República de Colombia.
- Conductas del afiliado y de la mascota vinculada por cuyos actos corresponde, cuando se encuentren bajo los efectos de bebidas embriagantes, drogas, estupefacientes o alucinógenos.
- Daños o lesiones producidos por la participación de la mascotas vinculadas a una riña o en actos criminales con la aceptación del afiliado.
- Mascotas destinadas para fines comerciales.
- La práctica de deportes o la participación de la mascota vinculada en competencias oficiales o exhibiciones.
- En caso de retiro voluntario de la mascota con el tratamiento en curso en la clínica autorizada por la compañía de asistencia se considerara como un evento o servicio causado sobre la cobertura de asistencia por gasto médico por enfermedad y/o accidente.
- No se prestara servicio de paseador canino ni residencia en guardería a mascotas convalecientes o en tratamientos médicos crónicos.

La asistencia mascotas será prestada de acuerdo a los servicios, monto y eventos estipulados en el condicionado presente.

GLOSARIO DE TÉRMINOS – DEFINICIONES

Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

AFILIADO: Los propietarios de las mascotas que adquirieron el seguro y por ende tienen derecho al servicio de asistencia.

COORDINACIÓN: Actividad administrativa provista por A365 Colombia que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con las solicitudes del beneficiario en relación a los servicios de asistencias.

FECHA DE INICIO VIGENCIA: Fecha a partir de la cual los servicios de asistencia que ofrece A365 Colombia, estarán a disposición de los afiliados, que comienzan 24 horas después del momento de afiliación al programa.

PERIODO DE VIGENCIA: Periodo durante el cual el beneficiario 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.

PERIODO DE CARENIA: Es el tiempo durante el cual, no tienen cobertura los hechos y/o amparos especificados en anexo correspondiente.

GESTIÓN: Es el proceso mediante el cual se obtienen, despliegan y coordinan una variedad de recursos para conseguir determinados objetivos en miras de la consecución de un fin específico.

PAÍS DE RESIDENCIA: Para fines de estas condiciones generales, solamente se prestará cobertura en 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.

SMMLV: Salario mínimo mensual 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 manual, que en representación de A365 Colombia asista al beneficiario en cualquiera de los servicios descritos en las presentes condiciones generales.

REFERENCIA: Información actualizada y fehaciente concerniente a los servicios, que es provista por A365 Colombia telefónicamente al afiliado 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, operador de A365 Colombia se presente ante un beneficiario para proceder a la prestación de los servicios solicitados.

SITUACIÓN DE ASISTENCIA: cuando el beneficiario 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 afiliado que para los efectos del presente anexo debe ser en COLOMBIA dentro del ámbito de territorialidad definido.

URGENCIA: Condición creada por una patología de evolución lenta y no necesariamente mortal.

EMERGENCIA: Condición crítica de peligro evidente que se presenta de forma repentina y que compromete seriamente la vida del animal.

ACCIDENTE: todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un beneficiario, causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad).

ÁMBITO TERRITORIAL: el derecho a las prestaciones se extiende a los beneficiarios que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura de las siguientes ciudades o municipios: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Manizales, Armenia, Cartagena, Santa Marta, Montería, Valledupar, Cúcuta, Tunja, Ibagué, Neiva, Villavicencio, Pasto, Yopal, Bello, Chía, Envigado, Girardot, Palmira, Sabaneta, Soacha, Zipaquirá, Rionegro.

No obstante a lo anterior, la red de proveedores se actualizará de forma permanente con el fin de brindar el servicio a nivel nacional, en todas aquellas ciudades o municipios donde exista infraestructura médica veterinaria y vial que lo permita.

INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO: entendido como un objeto no alimenticio que tras su ingestión ocasiona un proceso patológico con alteraciones de la estructura y/o funcionalidad digestiva. No son considerados como cuerpos extraños: venenos, tóxicos, alimentos o bebidas en mal estado. Solo será considerado la ingesta de cuerpo extraño cuando este sea identificado de forma concluyente por un veterinario mediante pruebas diagnósticas o evidenciado tras su expulsión o extracción.

NO SE CONSIDERARÁ COMO ACCIDENTE:

- A. todo tipo de enfermedad, en especial, las enfermedades cardiovasculares, las vasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- B. El infarto de miocardio.

RIESGO VITAL: Evento de accidente o enfermedad que de no ser manejado de manera inmediata comprometa la vida de la mascota.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los servicios que ofrece A365 estarán a disposición de los propietarios, que será a partir de las 72 horas hábiles posterior a la afiliación.

MONTO POR EVENTO: es el costo máximo que será cubierto por A365, asociado a la prestación de un servicio, si el valor de la prestación es superior a este monto por evento, la diferencia será a cargo del propietario.

PROVEEDOR: es el equipo técnico de A365, o subcontratado por a365, apropiado para prestar los servicios a un propietario de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente instrumento.

COPAGO: Deducible o pago parcial que el propietario debe cancelar para adquirir un servicio.

ENFERMEDAD: Toda alteración involuntaria del estado de salud de un animal cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un veterinario legalmente autorizado para ejercer.

No se considerarán enfermedades a efectos de las coberturas de esta asistencia:

- A. Los accidentes, tal y como se define este concepto anteriormente.
- B. Las enfermedades congénitas y/o hereditarias, definidas como una anomalía en las características anatómicas o fisiológicas de cualquiera de las estructuras corporales u orgánicas del individuo, presente en el animal desde su nacimiento, y que produce una patología o alteración de la salud durante la vida del animal, incluso si la sintomatología no se evidencia desde el momento del nacimiento. Tendrán la consideración de congénitas, entre otras, las anomalías siguientes: - displasia de cadera o de codo. - hemivértebra. - luxación uni o bilateral de rótula. - Ruptura de ligamento cruzado - ectropión, entropión, alteraciones de pestañas (disti-quiasis). - encantis bilateral. - testículos ectópicos, (monorquidia, criptorquidia). - elongación de paladar con o sin síndrome de braquiocefálico. - hernias umbilicales no traumáticas.
- C. las enfermedades/defectos o malformaciones preexistentes que son las definidas como aquellas alteraciones de la salud o anomalías que existes con anterioridad al momento de la contratación de la asistencia, la cual, normalmente, ha sido percibida por signos o síntomas, independientes de que exista o no un diagnóstico veterinario al respecto.
- D. las alteraciones de la conducta o el comportamiento.
- E. la gestación y el parto normal o eutócico.

NINGUNA DE LAS ANTERIORES ASISTENCIA FUNCIONA POR REEMBOLSO; EL PROPIETARIO DEBE LLAMAR SIEMPRE A SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN DEL CALL CENTER PARA CUALQUIER CASO PRESENTADO CON LA MASCOTA.