

# Soluciones adicionales



## CONDICIONES GENERALES

### ASISTENCIA TOMA DE EXÁMEN MÉDICO A DOMICILIO – COLESTEROL HDL

Mediante el presente clausulado IKÉ ASISTENCIA COLOMBIA, en adelante LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, garantiza los servicios de asistencia contenidos en el presente documento.

#### OBJETO

En virtud del presente condicionado, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA garantiza la puesta a disposición del USUARIO de una ayuda material inmediata, en forma de prestación de servicios con el fin de limitar y controlar los daños materiales y físicos, presentados por el usuario, inmueble, mascota, bicicleta, moto y/o vehículo registrado, según aplique; consecuencia de un evento fortuito, de acuerdo con los términos y condiciones consignadas en el presente condicionado y por hechos derivados de los riesgos aquí consignados.

#### DEFINICIONES

Para efectos de este documento se entenderá por:

**Asistencia:** Servicios asistenciales descritos en el presente documento, ofrecido por LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, a los afiliados o no a la Caja de Compensación Familiar de Compensar, que deseen adquirir el servicio de forma voluntaria, según los requisitos y condiciones establecidos en el presente clausulado.

**Afiliado:** Persona mayor de 18 años usuario o no a la Caja de Compensación Familiar de Compensar y que exprese de forma voluntaria su intención de adquirir el servicio de Asistencia.

**Usuario:** Afiliado o persona informada por el afiliado en el momento de solicitud de la asistencia.

**Inmueble registrado:** Dirección de residencia o domicilio donde el usuario requiera que se presten los servicios consignados en el presente documento, entendiendo por tal su casa, apartamento o inmueble de habitación o vivienda permanente dentro del territorio colombiano que se encuentre dentro del listado de municipios de cobertura ámbito territorial. La confirmación de la dirección se realiza en el momento de la afiliación al programa de asistencia. En caso de no estar determinado el lugar de residencia para los servicios de asistencia, se considerará inscrita en el programa la primera dirección para la cual el usuario solicite asistencia.

**Situaciones de emergencia:** Cualquier suceso, acontecimiento, situación o hecho de los descritos en el presente documento causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente, que le otorgue el derecho al USUARIO a recibir los servicios de asistencia, siempre que los mismos hayan tenido lugar

durante el período de vigencia y en las ciudades consignadas en el Ámbito Territorial.

**Red de proveedores:** Los proveedores de servicios de las diferentes especialidades y de salud con los cuales LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del documento.

**Vigencia:** Período en el cual el usuario tiene derecho a obtener los servicios de asistencia descritos en el presente documento. Para este caso el período de vigencia activa para la prestación de servicios es de 8 días calendario contados a partir de la fecha de venta.

**Límite de Eventos:** Cantidad de servicios a la cual tiene derecho el usuario dentro de la vigencia especificada en el detalle de las condiciones de prestación de cada servicio de asistencia contados a partir de la fecha de venta.

**Monto Límite:** El valor máximo al que puede acceder el usuario dentro de una asistencia o evento, especificada en el detalle de las condiciones de prestación de cada servicio de asistencia.

**Zonas Rojas:** Derivado de los índices de delincuencia que actualmente existen en el País existen zonas consideradas como de alto riesgo donde LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA intentará dentro de las posibilidades brindar el servicio solicitado, sin embargo, de existir la imposibilidad jurídica y material para prestar los servicios objeto del presente clausulado por si o a través de terceros contratados para ello, no se estará obligado a prestar los servicios de asistencia. Los cuales podrá consultar en <https://ikeasistencia.com.co/zonasderiesgo/>

## COBERTURA AMBITO TERRITORIAL

**Ámbito Territorial para servicios presenciales:** El derecho a los servicios señalados se extiende al usuario, que se encuentran en el casco urbano con nomenclatura del siguiente ámbito territorial:

**ANTIOQUIA:** Medellín, Bello, Envigado, Itagüí, Rionegro, Sabaneta, Copacabana, La Estrella, Caldas. **ATLANTICO:** Barranquilla, Soledad, Candelaria, Malambo. **BOGOTA D.C:** Bogotá. **BOLIVAR:** Córdoba, Cartagena. **BOYACA:** Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá. **CALDAS:** Manizales, Chinchiná. **CASANARE:** Yopal, Aguazul. **CAUCA:** Popayán. **CESAR:** Valledupar **CORDOBA:** Montería. **CUNDINAMARCA:** Soacha, Chía, Mosquera, Girardot, Facatativá, Zipaquirá, Funza, Cajicá, Madrid, Fusagasugá, Cota, La Calera. **HUILA:** Neiva, Campo alegre, Garzón, Rivera. **MAGDALENA:** Santa Marta. **META:** Villavicencio. **NARIÑO:** Pasto, Ipiales. **NORTE DE SANTANDER:** Cúcuta, Los patios, Villa del Rosario, Pamplona. **QUINDIO:** Armenia, Calarcá. **RISARALDA:**

Pereira, Dosquebradas, Santa rosa de Cabal. **SANTANDER:** Bucaramanga, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón, Piedecuesta, San Gil. **SUCRE:** Sincelejo, Corozal. **TOLIMA:** Ibagué, Espinal, Melgar. **VALLE DEL CAUCA:** Cali, Palmira, Jamundí, Yumbo, Cartago, Guadalajara de Buga, Bugalagrande, Tuluá.

ASISTENCIAS	SERVICIOS	COBERTURA	EVENTOS
Salud	Toma de examen médico a domicilio: Colesterol HDL	\$ 78.300	1

## 1. SALUD

Para efectos de las asistencias de salud, entenderá por:

**Enfermedad:** Cualquier alteración leve o grave del funcionamiento normal del organismo del cliente, que ocurra dentro del período de vigencia y en la territorialidad indicada.

**Lesión súbita o traumatismo:** Lesión o daño de los tejidos orgánicos o huesos producido por algún hecho accidental (Ejemplo: golpes o torceduras).

**Parágrafo 1:** Se deja constancia que todos los servicios de salud serán prestados por una red de proveedores contratados por LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA (instituciones y/o profesionales habilitados), los cuales se definen así:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Profesional Independiente de salud: Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.
- Los prestadores de servicios de salud son instituciones y/o profesionales médicos debidamente habilitados por las autoridades competentes para prestar entre otros, los servicios de atención médica domiciliaria y/o de ambulancia.
- Entre LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA y los proveedores se celebró una alianza, en virtud de la cual LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA coordina y administra los servicios de salud que serán prestados por los proveedores y éstos aportan su gestión y conocimiento científico y profesional para prestar los servicios de salud que tienen habilitados.

**Parágrafo 2:** LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA se compromete para con los usuarios domiciliados en el territorio colombiano a brindar los servicios propios de coordinación



logística de call center y coordinación y monitoreo de la red de proveedores con la que cuenta para la prestación de servicios de salud. Los servicios de asistencias de salud están respaldados por una compañía aseguradora vigilada por la SFC.

**Exclusiones Generales de las Asistencias de Salud:**

- Accidentes causados por estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Suicidio, intento de suicidio, y las lesiones resultantes del mismo.
- La participación del usuario en carreras de autos u otros deportes extremos de alto riesgo o peligrosos.
- Autolesiones o la participación del afiliado en actos criminales, o su participación en combates, salvo el caso de defensa propia.
- Enfermedades mentales o alienación.
- Carretera con restricción horaria de tránsito, carretera destapada, barrios marginales, construcción en vías.
- En lugares diferentes a cobertura Ámbito Territorial, donde LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA no cuente con la red de proveedores para poder prestar el servicio, este se hará a través de pago al usuario, hasta los límites y condiciones establecidas del servicio en el presente clausulado, previa autorización LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA
- Daños causados por mala fe del usuario.
- Cuando se decreta oficialmente por los organismos de salud Nacionales o Internacionales una situación de riesgo para la salud ya sea de manera enunciativa mas no limitativa: epidemia, pandemia y/o cualesquier declaratoria de riesgo para la prevención, contención o atención a enfermedades altamente contagiosas.
- Cuando el usuario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en estas condiciones.
- Cuando el usuario no brinde a la línea de atención el número de documento de identificación para efectos de la respectiva validación.
- Cuando no esté pagado el costo mensual del servicio de asistencia o éste se encuentre suspendido por cualquier causa.

**1.1. TOMA DE EXÁMENES MÉDICOS A DOMICILIO: COLESTEROL HDL**

En caso de que el USUARIO requiera el servicio de toma de exámenes de laboratorio a domicilio, previa autorización médica, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA prestará el servicio de coordinación logística y monitoreo del envío de un proveedor de la red, con el fin de asistir al USUARIO en la comodidad del inmueble registrado dentro del perímetro urbano.

Este servicio debe ser coordinado con 48 horas de anterioridad. Para cancelar la asistencia programada, el USUARIO debe comunicarse con la línea de atención y cancelar el servicio con 6 horas de anticipación, de lo contrario se entenderá consumido un evento. Este servicio se prestará en el lugar de residencia del USUARIO, a nivel nacional dentro del perímetro urbano en las principales ciudades del país e intermedias que no superen un radio de 30 kilómetros. El servicio se prestará de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12:00 del mediodía.

- La toma de muestras incluye: Colesterol HDL.
- Para la coordinación del servicio, es necesario que el USUARIO refiera el motivo de la toma del examen, la dirección para la toma de la muestra y la dirección del laboratorio destino. Se deberán tomar en cuenta las políticas del laboratorio para la recepción de muestras (Horarios y personas autorizadas para entrega de muestras).
- Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico del call center.
- Este servicio solo incluye la coordinación logística y monitoreo de personal calificado para la toma de exámenes de laboratorio a domicilio, el USUARIO debe asumir los costos de los exámenes de laboratorio.
- No incluye la asistencia para pacientes con diagnósticos psiquiátricos o postquirúrgicos de alta complejidad (No neurológicos, no cardiológicos, no estéticos).
- Este servicio no incluye la recolección de los resultados de las muestras solicitadas.
- El usuario podrá dirigirse 48 horas después al laboratorio indicado para recoger los resultados.

**Monto límite:** \$ 78.300

**Límite de eventos:** 1 evento

### **EXCLUSIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA**

Además de las exclusiones indicadas en cada una de las coberturas, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA no dará amparo, en ninguna circunstancia en los siguientes casos:

- Cuando el USUARIO no se identifique como adquiriente del plan asistencia.
- Cuando el USUARIO no brinde a la línea de atención su número de documento de identificación del USUARIO. Cuando no esté pagado el costo mensual del servicio de asistencia o éste se encuentre suspendido por cualquier causa.
- Cuando no se presten las condiciones de acceso al lugar de prestación.
- Carretera con restricción horaria de tránsito, carretera destapada, barrios marginales, construcción en vías.
- Los servicios que el USUARIO haya contratado por su cuenta sin el previo consentimiento y autorización dada por LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.
- Zonas que estén determinadas por las entidades competentes como zonas

rojas.

- Los servicios adicionales que el USUARIO haya contratado directamente con el técnico especialista reparador, bajo su cuenta y riesgo.
- Daños causados por mala fe del USUARIO.
- 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.
- Cuando se decrete oficialmente por los organismos de salud Nacionales o internacionales una situación de riesgo para la salud ya sea de manera enunciativa mas no limitativa: epidemia, pandemia y/o cualesquier declaratoria de riesgo para la prevención, contención o atención a enfermedades altamente contagiosas.
- Cuando el USUARIO incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en estas condiciones.
- En caso de que se soliciten servicios que están fuera del límite de cobertura establecidos en el presente clausulado, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA previa autorización del USUARIO coordinará la prestación y cobrará al USUARIO el excedente ocasionado por el servicio.

## **OBLIGACIONES DEL USUARIO COMPENSAR**

### **a) Solicitud de asistencia.**

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el USUARIO debe conocer y comunicar a su grupo familiar sobre las líneas donde deberán llamar para solicitar los servicios de asistencia. Adicional deben tener claro que deberán facilitar la información necesaria para la prestación, a continuación, se enlista los datos iniciales:

- a. Número de identificación y nombre del USUARIO.
- b. Número de identificación y nombre del llamante.
- c. Número telefónico de contacto.
- d. Asistencia que precisa
- e. Demás información necesaria de acuerdo con el servicio.

### **b) En caso de peligro de la vida.**

En situación de peligro de muerte, el usuario o su representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad, para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el accidente o enfermedad, con los medios más inmediatos y apropiados o tomar las medidas

más oportunas, y tan pronto como les sea posible ponerse en contacto con LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA para notificar la situación.

A falta de dicha notificación, La Compañía de Asistencia considerará al usuario como responsable de los hechos, costos y gastos ocurridos.

#### **c) Cumplimiento de la Cita Programada.**

En el evento que la visita del proveedor resulte fallida por causa de suministro de información errónea por parte del usuario al momento de solicitar la prestación del servicio, si el usuario no comunica la cancelación del servicio programado dentro de los 15 minutos siguientes a la coordinación del evento o según los tiempos estipulados en cada servicio de asistencia, se catalogará incumplimiento de la cita y se agotará un evento del servicio solicitado.

#### **d) Pago de excedentes.**

Para prestar el servicio y cuando llegase a presentar un excedente de monto sobre el servicio, el excedente del monto de cualquier evento será pagado en forma inmediata por el usuario con sus propios recursos de acuerdo con las indicaciones que le brinden en la línea de atención de asistencia antes de la prestación del servicio.

#### **e) Actualización de información.**

El USUARIO es responsable de comunicar a LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA la actualización de los datos de contacto para efectos de la prestación de servicios como: correo electrónico, teléfono contacto, dirección del inmueble registrado, y medio de pago.

### **NORMAS GENERALES**

#### **a) Mitigación.**

El USUARIO o su representante o familiar, está obligado a mitigar o limitar los efectos de las situaciones de emergencia.

#### **b) Cooperación.**

El USUARIO o su representante o familiar, deberá cooperar con LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA los documentos necesarios para cumplir las formalidades necesarias.



#### **c) Prescripción de las Reclamaciones.**

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 30 (treinta) días calendario posteriores al de la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

#### **d) Subrogación.**

LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA quedará subrogado, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al USUARIO, contra cualquier responsable de un accidente o enfermedad que hayan dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia.

#### **e) Notificaciones.**

El USUARIO en caso de que LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA realice adecuaciones al plan de asistencia ya sea en coberturas o costos, este deberá notificar al número telefónico asignado, su decisión de continuar o no con el programa.

#### **f) Política de Garantía.**

En casos de que por causas imputables y comprobadas, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA no diera atención y/o seguimiento a cualquiera de los "SERVICIOS" que le hayan sido solicitados oportunamente por la Caja de Compensación Familiar de Compensar y/o los USUARIO, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA estará obligado a reintegrar al USUARIO, previa entrega de los comprobantes correspondientes, el importe total de los gastos que, por la contratación de servicios de asistencia iguales a los que son objeto del presente contrato y que a su vez sus USUARIOS le hubieren reclamado por el incumplimiento del mismo, previa entrega de los comprobantes que reúnan los requisitos fiscales que la ley establece.

### **AUTORIZACIONES**

#### **a) Descuento:**

El usuario autoriza a LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA a cargar el valor correspondiente al plan de asistencia contratado al medio de pago informado y confirmado en el momento de la venta del plan asistencial.

#### **b) Autorización uso de datos**

En virtud de la Ley 1581 de 2012, el usuario autoriza a LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA para cumplir con fines comerciales, el tratamiento, uso, transmisión y transferencia a terceros de sus datos personales. Los datos serán tratados de acuerdo con la política de privacidad y tratamiento de datos que puede consultar en [www.ikeasistencia.com.co](http://www.ikeasistencia.com.co)

## LÍNEAS DE ATENCIÓN

### a) INFORMACIÓN, RECLAMOS Y CANCELACIONES DE LA ASISTENCIA

**Servicio al cliente:** Para solicitar información, entablar una petición queja o reclamo el USUARIO deberá comunicarse en horario de atención al cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. por teléfono a las líneas 3905275 desde Bogotá, y desde el resto del país: 018000 180 336.

**Reversión de pago:** El usuario podrá solicitar la reversión de los pagos para lo cual se deberá dar cumplimiento a la totalidad de los requerimientos establecidos en el artículo 51 de la Ley 1480 de 2011.

**Retracto de compra:** El usuario podrá solicitar el retractor de la compra para lo cual se deberá dar cumplimiento a la totalidad de los requerimientos establecidos en el artículo 47 de la Ley 1480 de 2011.



@ike

[www.ikeasistencia.com.co](http://www.ikeasistencia.com.co)