



**ASISTENCIA BIENESTAR Y SALUD**  
**CONDICIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS**

## Bienestar y Salud

ASISTENCIAS (Servicios en las principales ciudades del país)	COBERTURAS	EVENTOS POR AÑO
ASISTENCIAS SALUD	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
TRASLADO MEDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE		
TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA BÁSICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
TRASLADO MÉDICO EN AMBULANCIA MEDICALIZADA		
SERVICIO DE AEROAMBULANCIA	217 SMDLV	1 EVENTO
PHONO DOCTOR-ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	4 EVENTOS
MÉDICO O ENFERMERA A DOMICILIO	SIN LÍMITE	3 EVENTOS
PEDIATRÍA A DOMICILIO	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
MEDICAMENTOS A DOMICILIO	SIN LÍMITE	3 EVENTOS
EXÁMENES DE LABORATORIO (HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUINEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE URINA))	5 SMDLV	3 EVENTOS
SEGUNDA OPINIÓN MEDICA	SIN LÍMITE	1 EVENTO
COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA (ALIMENTACIÓN SANA, DIETAS, NUTRICIÓN INFANTIL)	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
EMPLEADA DOMESTICA A DOMICILIO EN CASO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	3 SMDLV (MAX. 2 HORAS POR EVENTO)	2 EVENTOS
NIÑERA A DOMICILIO		
TRANSPORTE PARA TRASLADO DE FAMILIARES AL CENTRO MÉDICO	3 SMDLV	2 EVENTOS (MÁXIMO 4 PERSONAS)
TUTORÍA ESCOLAR - ACADÉMICA TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS/ 20 MINUTOS
ASESORÍA JURÍDICA IN SITU EN CASO ACCIDENTE DE TRÁNSITO	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
ASISTENCIAS EN EVENTOS SOCIALES: MESERO, BARMAN O CHEF A DOMICILIO	5 SMDLV (COPAGO \$10.000)	2 EVENTOS
ASESORÍA EN REDACCIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES: CONTRATOS DE TRABAJO, DERECHOS DE PETICIÓN, ARRENDAMIENTOS, CONTRATOS DE COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES	SIN LÍMITE	1 EVENTO
TRASLADO MÁXIMO DE 4 PERSONAS A UN ÚNICO DESTINO	2 SMDLV	3 EVENTOS
ASISTENCIAS TELEFÓNICAS	MONTO MÁXIMO	MÁXIMO DE EVENTOS
COORDINACIÓN DE CITAS EN SPA, SALONES DE BELLEZA Y OTROS	CONEXIÓN	SIN LÍMITE
INFORMACIÓN DEL ESTADO DE LAS CARRETERAS, RUTAS Y DIRECCIONES	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
INFORME ESTADO DEL CLIMA, TEATROS, RESTAURANTES, CENTROS CULTURALES	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
REFERENCIAS MÉDICAS DE ESPECIALISTAS, HOSPITALES Y CLÍNICAS A NIVEL NACIONAL	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
CONEXIÓN CON NÚMEROS DE EMERGENCIA (POLICÍA, BOMBEROS, ETC..)	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE



## GLOSARIO DE TÉRMINOS

### DEFINICIONES

**ASEGURADO:** LA PERSONA FÍSICA QUE CONTRATA EL SERVICIO A SU TITULARIDAD.

**GRUPO FAMILIAR:** PERSONAS EN PRIMER GRADO (CONYUGE, 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 EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIAS.

**FECHA DE INICIO VIGENCIA:** FECHA A PARTIR DE LA CUAL LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA 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.

**GESTIÓN:** ES EL PROCESO MEDIANTE EL CUAL SE OBTIENEN, DESPLIEGAN Y COORDINAN UNA VARIEDAD DE RECURSOS BÁSICOS PARA CONSEGUIR DETERMINADOS OBJETIVOS EN MIRAS DE LA CONSECUCIÓN DE UN FIN ESPECÍFICO.

**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, OPERADOR DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS SE PRESENTE ANTE UN ASEGURADO PARA PROCEDER A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIO 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.

## **ASISTENCIA SALUD**

### **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE**

EN CASO QUE 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 EN AMBULANCIA (básica o medicalizada), EL PROVEEDOR DE SERVICIOS COORDINARÁ 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 SIN LÍMITE DE COBERTURA.

### **SERVICIO DE AEROAMBULANCIA**

EN CASO QUE EL ASEGURADO REQUIERA UN TRASLADO ESPECIAL POR AEROAMBULANCIA DENTRO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO, SERÁ CUBIERTO SIEMPRE Y CUANDO EL ESTADO DEL ASEGURADO ASÍ LO REQUIERA, PREVIA AUTORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE PERTINENCIA MÉDICA POR PARTE DEL MÉDICO DE CALL CENTER COORDINADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS CON UN TERCERO. EL SERVICIO SE PRESTARÁ BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE ESTE HOSPITALIZADO POR CAUSA DE ACCIDENTE Y POR SU ESTADO DE SALUD REQUIERA SER TRASLADADO A OTRA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD Y REQUIERA DE ATENCIÓN EN UN SERVICIO NO DISPONIBLE EN LA INSTITUCIÓN Y CIUDAD REMISORA.
- DENTRO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO, TENIENDO EN CUENTA LAS LIMITACIONES EN LA OFERTA DE SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN Y/O CIUDAD EN DONDE ESTA SIENDO ATENDIDO; EL SERVICIO DE TRASLADO CUBRIRÁ EL TRASLADO DE AMBULANCIA AÉREA SIEMPRE Y CUANDO DONDE SE ENCUENTRE EL PACIENTE EXISTA UN ACCESO SEGURO PARA ESTE TIPO DE TRANSPORTE.
- ESTE SERVICIO SERÁ COORDINADO ÚNICAMENTE A TRAVÉS DEL PROVEEDOR DEFINIDO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA.
- NO SE DARÁ COBERTURA A TRASLADO DE RESTOS MORTALES, NI A REPATRIACIONES SANITARIAS.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE UN (1) EVENTO POR AÑO, CON UN LÍMITE DE COBERTURA MÁXIMO DE DOSCIENTOS DIECISIETE (217) SMDLV.



## PHONO DOCTOR-ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR REQUIERA UNA ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS BRINDARÁ DE ACUERDO A 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 DEBEN ASUMIR MIENTRAS EL PACIENTE HACE CONTACTO CON UN PROFESIONAL MÉDICO DE MANERA PRESENCIAL, EN CASO DE QUE LO REQUIERA.

- 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.

ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ POR CUATRO (4) EVENTOS DURANTE EL AÑO Y SIN LÍMITE DE MONTO MÁXIMO DE COBERTURA.

## LAS ASISTENCIAS: MÉDICO A DOMICILIO O ENFERMERA A DOMICILIO

SE PRESTARÁN EN BOLSA POR TRES (3) EVENTOS DURANTE EL AÑO SIN MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR EVENTO.

## MÉDICO A DOMICILIO POR EMERGENCIA

EN CASO QUE EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR LO REQUIERA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PAGARÁ Y COORDINARÁ A TRAVÉS DE UN TERCERO EL ENVÍO DE UN MÉDICO PARA EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO, 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 ASEGURADO 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.

- ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ EN EL SITIO AUTORIZADO A LA LUZ DE LA ASISTENCIA CONTRATADA, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO.
- LOS SERVICIOS ESTÁN SUJETOS A PREVIA EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA DEL CALL CENTER COORDINADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.
- 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.
- LAS INCAPACIDADES SE GENERARÁN A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE.

### ENFERMERA A DOMICILIO PARA ATENCIÓN BÁSICA

EN CASO QUE EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR REQUIERA CURACIONES BÁSICAS QUE NO AMERITEN TRASLADO AL HOSPITAL NI ATENCIÓN POR UN PROFESIONAL MÉDICO, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS ENVIARÁ PARA EL ASEGURADO Y PARA EL GRUPO FAMILIAR DENTRO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO, UNA ENFERMERA PARA REALIZAR LAS CURACIONES (EXCLUYENDO CURACIONES COMPLEJAS O DEBRIDACIONES), EN CASO DE SER NECESARIO, LA ENFERMERA PODRÁ APLICAR MEDICAMENTOS QUE ESTÉN FORMULADOS POR UN MÉDICO, EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR LA ORDEN MÉDICA AL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

LOS ÚNICOS MEDICAMENTOS AUTORIZADOS POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PARA LA APLICACIÓN EN SITIO SON: ANTI-INFLAMATORIOS, ANALGÉSICOS, ANTIESPASMÓDICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTI-HISTAMÍNICOS, ADMINISTRADOS POR VÍA ORAL, INTRAMUSCULAR O ENDOVENOSA, SIEMPRE BAJO LA AUTORIZACIÓN COMPROBABLE DE UN MÉDICO.

### CONDICIONES DEL SERVICIO

- 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 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 INSUMOS QUE SE REQUIERAN PARA LAS CURACIONES DEBEN SER SUMINISTRADOS POR EL ASEGURADO.
- EL PROVEEDOR DE SERVICIOS NO CUBRE EL VALOR DE LOS MEDICAMENTOS.

### EXCLUSIONES

- ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ DENTRO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO.
- LOS SERVICIOS ESTÁN SUJETOS A PREVIA EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO DEL CALL CENTER DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS.
- NO INCLUYE CURACIONES COMPLEJAS O DEBRIDACIONES.
- 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 NEUROLÓGICOS, NO CARDIOLÓGICOS, NO ESTÉTICOS).

### PEDIATRÍA A DOMICILIO

EN CASO QUE UN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR MENOR DE 12 AÑOS LO REQUIERA, el PROVEEDOR DE SERVICIOS PAGARÁ Y COORDINARÁ A TRAVÉS DE UN TERCERO EL ENVÍO DE MÉDICO PEDIATRA HASTA EL DOMICILIO DENTRO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO, 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.

- ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ EN EL SITIO AUTORIZADO A LA LUZ DE LA ASISTENCIA CONTRATADA, EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO.
- LOS SERVICIOS ESTÁN SUJETOS A PREVIA EVALUACIÓN, CLASIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA DEL CALL CENTER COORDINADO POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.
- 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.
- LAS INCAPACIDADES SE GENERARÁN A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO, SIN LÍMITE DE COBERTURA.

### **MEDICAMENTOS A DOMICILIO**

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS SE ENCARGARÁ DE UBICAR Y ENVIAR AL DOMICILIO DEL ASEGURADO LOS MEDICAMENTOS QUE HAYAN SIDO RECETADOS COMO RESULTADO DE UNA CONSULTA MÉDICA. ESTE SERVICIO SE PRESTARÁ SOLO SI EL ASEGURADO CUENTA CON LA RECETA MÉDICA PARA TAL MEDICAMENTO. LOS COSTOS DE COMPRA DE LOS MEDICAMENTOS LOS ASUMIRÁ EL ASEGURADO. ESTE SERVICIO ÚNICAMENTE SE PRESTARÁ DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE TRES (3) EVENTOS POR AÑO, SIN 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)). LA TOMA DE LOS ANTERIORES EXÁMENES SE PRESTARÁN EN LA RED DE LABORATORIOS DISPUESTA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS. EL SERVICIO DEBE SER SOLICITADO CON 24 HORAS DE ANTELACIÓN.

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS SOLICITARÁ LA ORDEN MÉDICA DEL EXAMEN REQUERIDO POR EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR. 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, 24 HORAS DESPUÉS DE HABER SIDO TOMADA LA MUESTRA.

LA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR TRES (3) EVENTOS POR AÑO Y CON UN LÍMITE DE COBERTURA DE CINCO (5) SMDLV POR EVENTO.

### **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA**

CUANDO EL ASEGURADO LO REQUIERA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DARÁ COBERTURA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES: CARDIOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA, ENDOSCOPIA, GASTROENTEROLOGÍA, GENITO –



URINARIA, FISIOLÓGIA, GINECOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, OBSTETRICIA, NEUROLOGÍA, ONCOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, ORTOPEDIA, CIRUGÍA DE MANO, PATOLOGÍA, CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA, RADIOLOGÍA, UROLOGÍA, Y CIRUGÍA VASCULAR. LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA CONTEMPLA LO SIGUIENTE: LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EMITIR UN CONCEPTO MÉDICO, EL ANÁLISIS MÉDICO DE LA INFORMACIÓN, LA VERIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA EMISIÓN DE UN CONCEPTO MÉDICO, QUE A CRITERIO DEL MÉDICO QUE LA EFECTÚE, PODRÁ INCLUIR LA EXISTENCIA DE TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA LA PATOLOGÍA CONSULTADA.

SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS TRATAMIENTOS SUGERIDOS EN EL CONCEPTO MÉDICO EMITIDO, NO ESTÁN INCLUIDOS EN LA ASISTENCIA.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE UN (1) EVENTO POR AÑO, SIN LÍMITE DE COBERTURA.

### **COORDINACIÓN TELEFÓNICA DE CITAS MÉDICAS**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PONE A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EXPERTOS EN SERVICIOS DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA, LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO PARA LA ASESORÍA Y COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS. CUANDO EL ASEGURADO NECESITE, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS COORDINARÁ TELEFÓNICAMENTE CITAS MÉDICAS YA SEA CON LA EPS BAJO LA CUAL SE ENCUENTRE ASEGURADO O MÉDICO PARTICULAR. EL ASEGURADO DEBE INDICAR LOS DATOS BÁSICOS PARA LA SOLICITUD DE LA CITA; SI ES MÉDICO PARTICULAR, DEBE INDICAR LOS DATOS DEL MISMO. SE DEJA CONSTANCIA QUE EL AGENDAMIENTO DE LAS CITAS ESTA SUJETO A DISPONIBILIDAD DEL CENTRO MÉDICO.

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO.

### **ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA**

CUANDO EL ASEGURADO O MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR LO REQUIERAN, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PRESTARÁ EL SERVICIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA ENFOCADA EN REDUCCIÓN DE GRASA CORPORAL, ESTA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR PARTE DE ESPECIALISTAS PARA CONSULTAS DEL CUADRO NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS (CALORÍAS, CARBOHIDRATOS ETC.) ÍNDICE DE GRASA CORPORAL, DIETAS Y REFERENCIACIÓN DE NUTRICIONISTAS, ENVÍO DE INFORMACIÓN VÍA ELECTRÓNICA DE DIETAS Y RECOMENDACIONES PARA LLEVAR UNA ALIMENTACIÓN SANA.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO, SIN LÍMITE DE COBERTURA

### **ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA**

EN CASO QUE EL ASEGURADO O SU GRUPO BÁSICO FAMILIAR LO REQUIERAN, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS GESTIONARÁ LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA 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 ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO, SIN LÍMITE DE COBERTURA.

### **ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS**

**LAS ASISTENCIAS: EMPLEADA DOMÉSTICA A DOMICILIO EN CASO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y NIÑERA A DOMICILIO** SE PRESTARÁN EN BOLSA POR UN MÁXIMO DE DOS (2) EVENTOS EN EL AÑO, CON UN LÍMITE DE MONTO MÁXIMO DE COBERTURA DE TRES (3) SMDLV POR EVENTO.

### **EMPLEADA DOMÉSTICA A DOMICILIO EN CASO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.**



SI EL ASEGURADO REQUIERE ESTA COBERTURA, A CAUSA DE INCAPACIDAD U HOSPITALIZACIÓN SUPERIOR A TRES (3) DÍAS, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS ASIGNARÁ UNA EMPLEADA DE HOGAR QUE REALIZARÁ LA LIMPIEZA INTERNA DEL DOMICILIO (LIMPIEZA DE SALA- COMEDOR, COCINA, BAÑOS Y HABITACIONES) POR UN PERIODO MÁXIMO DE DOS (2) HORAS. ESTE SERVICIO DEBE SER SOLICITADO CON 12 HORAS DE ANTICIPACIÓN, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS SOLICITARÁ AL ASEGURADO EL SOPORTE MÉDICO QUE VALIDE SU INCAPACIDAD POR ACCIDENTE U HOSPITALIZACIÓN EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO. ESTA ASISTENCIA NO SE PRESTARÁ EN CASO DE QUE EN LA VIVIENDA DEL ASEGURADO NO HAYA NINGÚN FAMILIAR QUE PUEDA HACERSE CARGO DEL SERVICIO. ESTE SERVICIO NO INCLUYE MATERIAL DE LIMPIEZA NI TRABAJOS ESPECIALES DE LIMPIEZA.

### **NIÑERA A DOMICILIO**

SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN EL HOGAR, LOS PADRES SE VEN IMPOSIBILITADOS DE CUIDAR A SUS HIJOS MENORES POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS CUBRIRÁ EL SERVICIO DE NIÑERA PARA EL CUIDADO DE LOS HIJOS MENORES POR UN PERIODO MÁXIMO DE DOS (2) HORAS. ESTA ASISTENCIA NO SE PRESTARÁ EN CASO DE QUE EN LA VIVIENDA DEL ASEGURADO NO HAYA NINGÚN FAMILIAR QUE PUEDA HACERSE CARGO DEL SERVICIO. EL SERVICIO NO CUBRE LABORES DE ASEO, ATENCIÓN MÉDICA NI SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. EL SERVICIO SE PRESTARÁ 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 Y DEBE SER SOLICITADO CON 12 HORAS DE ANTICIPACIÓN. EL ASEGURADO DEBERÁ REMITIR CERTIFICADO MÉDICO QUE DEMUESTRE LA INCAPACIDAD DE LOS PADRES PARA EL CUIDADO DE LOS MENORES.

### **TRANSPORTE PARA TRASLADO DE FAMILIARES AL CENTRO MÉDICO**

SI A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO ALGÚN FAMILIAR EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD DEL ASEGURADO, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS CUBRIRÁ EL SERVICIO DE TRANSPORTE PARA TRASLADO DE FAMILIARES AL CENTRO MÉDICO.

ESTE SERVICIO CUBRIRÁ TRASLADOS DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO, HASTA MÁXIMO CUATRO (4) PERSONAS EN UN (1) ÚNICO TRAYECTO. EL SERVICIO DEBERÁ SER SOLICITADO POR PARTE DEL ASEGURADO AL MENOS CON TRES (3) HORAS DE ANTELACIÓN. LA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR DOS (2) EVENTOS POR AÑO Y CON UN LÍMITE DE COBERTURA DE TRES (3) SMDLV POR EVENTO.

### **TUTORÍA ESCOLAR- ACADÉMICA TELEFÓNICA**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PONE A DISPOSICIÓN DE LOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS DEL ASEGURADO, EXPERTOS PROFESORES EN EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA Y SECUNDARIA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO, PARA CONSULTAS TELEFÓNICAS SOBRE ASIGNATURAS BÁSICAS COMO ESPAÑOL, MATEMÁTICAS, HISTORIA Y GEOGRAFÍA, CIENCIAS NATURALES, BIOLOGÍA, FÍSICA Y QUÍMICA. LA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR DOS (2) EVENTOS POR AÑO Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO, CADA LLAMADA NO DEBE SUPERAR LOS 20 MINUTOS.

### **ASESORÍA JURÍDICA IN SITU EN CASO ACCIDENTE DE TRÁNSITO**

UNA VEZ CONOCIDA POR EL PROVEEDOR DE SERVICIOS LA SITUACIÓN EN LA CUAL SE ENCUENTRA EL ASEGURADO Y CONDUCTOR DEL VEHÍCULO, EN RAZÓN A UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, SE PROCEDERÁ A CONTACTAR TELEFÓNICAMENTE A UNO DE LOS ABOGADOS Y SE LO PONDRÁ EN CONFERENCIA, OFRECIÉNDOLE ASESORÍA LEGAL INMEDIATA. EL ABOGADO DETERMINARÁ SI ES INDISPENSABLE LA PRESENCIA EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE, PARA LO CUAL SE DESPLAZARÁ EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE. IN SITU SE BRINDARÁ ASESORÍA AL CONDUCTOR PARA EL LEVANTAMIENTO DEL INFORME DE ACCIDENTE, EL CUAL SERÁ DETERMINANTE PARA ESTABLECER LA RESPONSABILIDAD DEL



ASEGURADO O DE LA AUSENCIA DE ESTA EN EL ACCIDENTE. CUALQUIER SERVICIO ADICIONAL QUE CONTRATE EL ASEGURADO CON EL ABOGADO CORRERÁ POR SU CUENTA Y DEBERÁ SER CANCELADO CON SUS RECURSOS PROPIOS.

LA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR DOS (2) EVENTOS POR AÑO Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO.

### **ASISTENCIAS EN EVENTOS SOCIALES: MESERO, BARMAN O CHEF A DOMICILIO**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO CUALQUIERA DE LOS TRES SERVICIOS, CON UN AVISO PREVIO MÍNIMO DE 72 HORAS. SOLO INCLUYE EL SERVICIO, LOS INSUMOS, INGREDIENTES, ETC. DEBEN SER PREVIAMENTE COMPRADOS POR CUENTA DEL ASEGURADO. EL SERVICIO SE PRESTARÁ EN LA CIUDAD DE RESIDENCIA PERMANENTE DEL ASEGURADO, DENTRO DEL PERIMETRO URBANO.

LA ASISTENCIA SE BRINDARÁ POR UN MÁXIMO DE DOS (2) EVENTOS AL AÑO CON UN LÍMITE DE COBERTURA MÁXIMO DE CINCO (5) SMDLV Y CON UN COPAGO DE DIEZ MIL PESOS (\$10.000) PESOS POR EVENTO.

### **ASESORÍA EN REDACCIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES: CONTRATOS DE TRABAJO, DERECHOS DE PETICIÓN, ARRENDAMIENTOS, CONTRATOS DE COMPRA VENTA DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS A SOLICITUD DEL ASEGURADO LE CONTACTARÁ CON UN ABOGADO QUIEN PRESTARÁ LOS SERVICIOS DE ASESORÍA TELEFÓNICA EN RELACIÓN AL ASUNTO INDICADO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS LEGALES. DE CUALQUIER MANERA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DEJA CONSTANCIA QUE ESTA COBERTURA ES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO, POR LO CUAL EL ASEGURADO ACEPTA QUE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA 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 SERVICIOS ADICIONALES QUE CONTRATE EL ASEGURADO.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE UN (1) EVENTO POR AÑO Y SIN LÍMITE DE MONTO MÁXIMO DE COBERTURA POR EVENTO.

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

EN CASO QUE ASEGURADO O MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR LO REQUIERAN EL PROVEEDOR DE SERVICIOS PRESTARÁ EL SERVICIO DE TRASLADO DE PASAJEROS, EL SERVICIO SE PRESTARÁ EN UN (1) ÚNICO TRAYECTO DENTRO DEL PERÍMETRO URBANO, DEL ÁMBITO TERRITORIAL DEFINIDO EN EL PRESENTE ANEXO. EL SERVICIO DEBERÁ SER SOLICITADO POR PARTE DEL ASEGURADO AL MENOS CON CUATRO (4) HORAS DE ANTELACIÓN. EL LÍMITE MÁXIMO POR TODO EL SERVICIO SERÁ DE HORA Y MEDIA.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE TRES (3) EVENTOS POR AÑO CON UN LÍMITE DE COBERTURA MÁXIMO DE DOS (2) SMDLV.

### **ASISTENCIAS TELEFÓNICAS**

#### **COORDINACIÓN DE CITAS EN SPA, SALONES DE BELLEZA Y OTROS**

CUANDO EL ASEGURADO NECESITE REFERENCIAS Y COORDINACIÓN DE CENTROS DE SPA Y ESTÉTICA, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS LE PROPORCIONARÁ INFORMACIÓN DE CENTROS ESPECIALISTAS, LE INDICARÁ LAS DIRECCIONES Y NÚMEROS DE TELÉFONOS, SIN QUE PROVEEDOR DE SERVICIOS ASUMA RESPONSABILIDAD POR LOS SERVICIOS Y ATENCIÓN ALLÍ PRESTADA.

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO

#### **INFORMACIÓN DEL ESTADO DE LAS CARRETERAS, RUTAS Y DIRECCIONES**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS INFORMARÁ AL ASEGURADO CUANDO ESTE ASÍ LO REQUIERA, EL ESTADO DE LAS CARRETERAS PRINCIPALES EN TODO EL TERRITORIO



COLOMBIANO, INDICANDO SI EXISTEN PROBLEMAS DE ORDEN PÚBLICO, TRABAJOS ADELANTADOS EN LAS MISMAS Y/O CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA AFECTAR LA LIBRE CIRCULACIÓN DEL ASEGURADO.

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO

### **INFORME ESTADO DEL CLIMA, TEATROS, RESTAURANTES, CENTROS CULTURALES**

EL PROVEEDOR DE SERVICIOS INFORMARÁ AL ASEGURADO CUANDO ÉSTE ASÍ LO REQUIERA, EL ESTADO DEL CLIMA EN COLOMBIA, E INFORMACIÓN DE LOS PRINCIPALES TEATROS, RESTAURANTES, CENTROS CULTURALES A NIVEL NACIONAL, BRINDANDO INFORMACIÓN DE DIRECCIONES, PROGRAMACIÓN ENTRE OTROS.

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO

### **REFERENCIAS MÉDICAS DE ESPECIALISTAS, HOSPITALES Y CLÍNICAS A NIVEL NACIONAL**

CUANDO EL ASEGURADO NECESITE INFORMACIÓN DE CENTROS DE SALUD HOSPITALARIOS A NIVEL NACIONAL, EL PROVEEDOR DE SERVICIOS LE PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN REQUERIDA. EL PROVEEDOR DE SERVICIOS NO ASUMIRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN PRESTADA O FALTA DE LA MISMA POR PARTE DE LOS MÉDICOS O CENTROS MÉDICOS CONTACTADOS.

LA PRESTACIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS, NO INCLUYE COSTOS DE CONSULTAS O TRATAMIENTOS MÉDICOS.

ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO POR EVENTO

### **CONEXIÓN CON NÚMEROS DE EMERGENCIA (POLICÍA, BOMBEROS, ETC...)**

A SOLICITUD DEL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA HARÁ CONEXIÓN O COMUNICARÁ LOS NÚMEROS DE TELÉFONOS DE EMERGENCIA (POLICIA, BOMBEROS, DEFENSA CIVIL, ETC). EL SERVICIO SE PRESTARÁ SIN LÍMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE MONTO MÁXIMO DE COBERTURA.

### **CÓMO ACCEDEN LOS CLIENTES A LOS SERVICIOS**

EN CASO QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

1. EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR QUE REQUIERA DEL SERVICIO, SE COMUNICARÁ LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO A LA LÍNEA 018000412111 Y DESDE BOGOTÁ AL TELÉFONO FIJO 601 4848855.
2. EL ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR PROCEDERÁ A SUMINISTRARLE AL FUNCIONARIO QUE ATIENDA LA LLAMADA RESPECTIVA, TODOS LOS DATOS NECESARIOS PARA IDENTIFICARLO COMO ASEGURADO O MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR, 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.
3. EL FUNCIONARIO CONFIRMARÁ SI EL ASEGURADO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TIENE O NO DERECHO A RECIBIR LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.
4. UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, EL FUNCIONARIO LE PRESTARÁ AL ASEGURADO LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA CON LA RED DE PRESTADORES DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DEL PRESENTE DOCUMENTO.
5. EN CASO 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.

### **OBLIGACIONES DEL ASEGURADO (GARANTÍAS)**

EL ASEGURADO ESTARÁ OBLIGADO EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE LE SERÁN BRINDADOS A:

1. OBTENER LA AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL FUNCIONARIO DE LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA, A TRAVÉS DE LA CENTRAL OPERATIVA EN COLOMBIA, ANTES DE COMPROMETER CUALQUIER TIPO DE SERVICIO POR INICIATIVA PROPIA.
2. EL ASEGURADO DEBERÁ SIEMPRE ACEPTAR LAS RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES INDICADAS POR EL PROVEEDOR, FRENTE A LOS SERVICIOS SOLICITADOS.
3. IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO ANTE LOS FUNCIONARIOS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O ANTE LAS PERSONAS QUE ESTA ÚLTIMA CONTRATE CON EL PROPÓSITO DE PRESTAR LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
4. BAJO NINGUN MOTIVO EL PROVEEDOR DE SERVICIOS REALIZARÁ SUMA DE EVENTOS O MONTOS DE COBERTURA PARA LA PRESTACIÓN DE UNA SOLA EMERGENCIA O NECESIDAD DEL ASEGURADO.
5. QUEDA IMPLÍCITO QUE, AL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA, EL ASEGURADO AUTORIZA A LA CLÍNICA A ENTREGAR TODA DOCUMENTACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) QUE REQUIERA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.

### **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 CONDICIONADO 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 CONDICIONADO, UNA AUTORIZACIÓN AL 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.

### **EXCLUSIONES GENERALES:**

ADEMÁS DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN ALGUNAS DE LAS COBERTURAS, LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA NO CUBRIRÁ LOS SIGUIENTES CASOS:



1. 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.
2. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DADA POR LA COMPAÑÍA DE ASISTENCIA.
3. LOS SERVICIOS ADICIONALES QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO DIRECTAMENTE CON EL TÉCNICO ESPECIALISTA Y/O PROFESIONALES BAJO SU CUENTA Y RIESGO.
4. DAÑOS CAUSADOS POR MALA FE DEL ASEGURADO.
5. 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.
6. HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE CUERPOS DE SEGURIDAD.
7. LOS EVENTOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.
8. EVENTOS CATASTRÓFICOS DE LA NATURALEZA TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, MAREMOTO, GRANIZO, VIENTOS FUERTES, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS, ETC.
9. EXPROPIACIÓN, REQUISA O DAÑOS PRODUCIDOS EN LOS BIENES DEL ASEGURADO POR ORDEN DEL GOBIERNO, DE DERECHO O DE FACTO, O DE CUALQUIER AUTORIDAD INSTITUIDA.
10. SI SE PRESENTA UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTO O ENGAÑOSA O APOYADA EN PRUEBAS FALSAS.