

TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Identidad de los contratantes

Optica Colsanitas SAS, es una Organización del grupo Sanitas, legalmente constituida basada en las leyes colombianas con el NIT 800185773-0 teniendo como sede Administrativa la carrera 14 #95-69 Bogotá, Colombia.

El Usuario/Ciente quien de ahora en adelante será el usuario realizará el proceso de registro en nuestra página <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty> de manera Libre e informada. Se informa que los datos que suministre el usuario en dicha plataforma serán tratados bajo las políticas de tratamientos de datos.

2. Información de nuestros productos

El usuario acepta y reconoce haber leído antes de la realización de la compra todos los datos referentes a la información de los productos ofertados en nuestra página <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty> Nombre- Marca- Código Internos, Genero, Colores y Materiales de cada uno de los productos que el usuario compre de manera libre e informada.

Si el usuario desea ampliar las características, beneficios o cualquier duda que pueda surgir deberá comunicarse por medio de nuestros canales línea telefónica 6466060 extensión 5710743 correo optica@keralty.com

3. Canales de atención

El usuario tendrá a su disposición en los horarios establecidos para cada caso los siguientes canales de atención para acudir a servicio al cliente. Toda compra deberá pasar por un asesor para dar cumplimiento a las necesidades de nuestros usuarios.

4. Valor de la compra

Los precios publicados en nuestro portal <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty> podrán ser modificados en cualquier momento sin previo aviso Y pueden no coincidir con los precios establecidos en nuestras Ópticas Físicas sin lugar a reclamaciones por diferencia en precios. Los cotos de envío no están incluidos en el valor de los productos publicados en nuestra página <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty> salvo los casos que indique en la descripción del mismo, dichos costos serán cubiertos por el usuario y se deberán cancelar en el momento de la compra.

5. Portafolio de productos

Los productos publicados en nuestra página <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty> tendrán la información de la disponibilidad a la fecha sin embargo las cantidades disponibles serán modificadas constantemente para información del usuario, no obstante, la adquisición de dicho producto estará determinada por la disponibilidad. Para los casos en que el producto no se encuentre disponible se le notificará al usuario por medio de los datos suministrados en el registro de la página por parte del usuario y se realizará devolución buscando ofrecer un producto similar por medio del cual el usuario voluntariamente acepte el respectivo cambio.

6. Resumen de Pedido

Luego de aceptada la compra el usuario recibirá una orden de pedido con los datos de identificación, precio de cada uno de los productos comprados, precio total, costos adicionales de envío, valor del IVA (si aplica) y dirección de entrega. Dicha orden de pedido deberá ser revisada por el usuario, y en el caso de tener datos que modificar de la orden deberán ser notificados de manera inmediata a nuestros canales de soporte para ser modificados.

7. Pago

Los pagos de las órdenes para compras virtuales se harán de manera total para iniciar con la respectiva elaboración, los pagos se efectuarán a través de nuestra plataforma. El usuario deberá notificar el pago por cualquiera de nuestros canales.

El usuario podrá solicitar la revisión del pago o ejercer derecho de retracto en los casos que se estipula en nuestras políticas de reversión del pago y derecho de retracto.

8. Envío y entrega de los Productos

En ninguno de los casos las entregas superarán los 30 días calendario, siendo el mismo el máximo legal establecido por el estatuto del consumidor, exceptuando los casos en que se haya pactado un plazo superior con el usuario de manera previa.

En el centro Óptico Keralty contamos con entregas en toda Colombia.

Las entregas se harán únicamente en la dirección suministrada por el usuario y deben ser recibidas por el mismo para lo cual requiere su respectiva identificación o factura, En el caso que el usuario desee autorizar la entrega a un tercero deberá ser notificada a través del correo optica@keratly.com enviando la respectiva autorización con documento del autorizado.

Luego de que el usuario ha recibido el producto deberá revisar que se encuentre en perfectas condiciones, en el caso de no encontrar plena satisfacción, el usuario podrá hacer uso del derecho de retracto notificándose en cualquiera de los canales dispuestos indicando número de documento, nombre, factura y evidencias fotográficas (de ser posible) donde se evidencie la inconformidad y método de devolución:

+Solicitud de devolución del mismo valor de la compra incluido el valor del envío.

+Solicitud de cambio del producto que genera insatisfacción por otro del mismo valor de la página.

+ Solicitud de cambio del producto que genera insatisfacción por otro de mayor valor (el usuario acepta realizar el pago del valor excedente) indicando cual es el nuevo producto que desea que se le facture.

Para los casos de cambio luego del octavo día hábil el Centro Óptico Keralty notificará al usuario para ajustar las fechas de entrega del nuevo producto.

Para los casos de devolución del dinero el Centro Óptico Keralty contará con 30 días calendario para efectuar dicha devolución luego de recibido el producto.

9. Legislación aplicable a las compras realizadas a través del sitio web de Centro Óptico Keralty

Todas las compras realizadas a través de nuestro Portal Web se registrarán por la normatividad colombiana. La normatividad colombiana registrará las compras hechas en la página <https://www.epssanitas.com/usuarios/centros-opticos-keralty>

10. Vigencia de los Términos y Condiciones

Estos Términos y Condiciones están en vigencia desde 15 de enero de 2020 centro óptico Keralty se reserva el derecho a realizar Correcciones o Modificaciones siempre que lo considere necesario, por lo que el usuario reconoce al momento de realizar su compra haber leído y comprendido los Términos y Condiciones vigentes al momento de la misma.

11. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo _____ teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad de protección de datos vigente, autorizo de manera expresa y voluntaria a la Clínica _____, para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad disponible en: www.colsanitas.com, con los siguientes fines:

(i) Realizar el tratamiento de mis datos personales incluyendo datos sensibles relacionados con mi estado de salud, para la prestación del servicio de salud, ejecución de las actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud, del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como para realizar actividades administrativas, petición, recaudo, cobranza, entre otros; **(ii)** Gestionar trámites, realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios que ofrece la Clínica _____; **(iii)** Dar a conocer, mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa o miembro de la Organización, grupo del cual forma parte la Clínica _____, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera para actividades propias de la prestación del servicio de salud, o para implementar servicios de computación en la nube; **(iv)** Solicitar a cualquier médico o persona jurídica relacionada con la atención en salud para que en el momento en que la Clínica _____ lo requiera, pueda acceder a la información sobre mi estado de salud u otros datos personales; **(v)** Contactar y enviar información sobre la prestación del servicio y mi estado de salud, citas médicas o procedimientos, así como cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios a través de medio telefónicos, electrónicos, (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos y/o personales. **(vi)** Eventualmente suministrar información de contacto a la fuerza comercial, red de distribución o de telemarketing de empresas de la Organización.

Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y en la ley, por lo tanto mis datos serán tratados por la Clínica _____ actuando como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales, únicamente para las finalidades señaladas, durante el periodo que subsista la

relación con la Clínica _____ y veinte años más por la regulación particular de la Historia Clínica, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 4871920 o fuera de Bogotá, D.C. en el 018000979020, Defensoría del Usuario, para cualquier requerimiento relacionado con este tema.

Firma _____

Nombre _____

Identificación _____

Fecha _____

12. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LENTES DE CONTACTO

SUCURSAL: _____

OPTOMETRA: _____

PACIENTE: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION: _____

Realizando la consulta de Optometría se detectó que

el paciente presenta:

* MIOPIA *HIPERMETROPÍA *ASTIGMATISMO *OTROS

Para corregir mi defecto visual se me informa que puedo utilizar lentes de contacto, al igual se me ha informado de todas las alternativas que tengo para la corrección de mi defecto visual. Se han realizado las pruebas oportunas para comprobar si mi estado ocular está en condiciones para el uso de los mismos.

Se me informa de que el uso de lentes de contacto, en general, tiene muchos beneficios pero no está exento de riesgos. Algunos usuarios por uso inadecuado pueden desarrollar las siguientes complicaciones que afecten la calidad de la visión:

- En el proceso de adaptación es normal que se presenten ligeras molestias relacionadas con el confort visual, ocasional ojo rojo o molestias a la luz, estas sensaciones van desapareciendo a lo largo del proceso de adaptación.

- La cooperación es imprescindible para el éxito de la adaptación, para ellos recibiré toda la información precisa para una correcta manipulación y mantenimiento de los lentes de contacto.

- Se me informa que alargar el tiempo de uso de los lentes de contacto más allá de lo recomendado pueden ocasionar problemas que afecten la calidad óptica.

El óptico me ha informado de forma satisfactoria sobre las ventajas, inconvenientes y posibles complicaciones de la adaptación de los lentes de contacto, también he sido informado sobre las otras alternativas para la compensación de mi defecto visual

He comprendido toda la información que me han proporcionado y he realizado todas las preguntas oportunas.

Assumo mi responsabilidad de asistir a todos los controles que me sean indicados por mi óptico así como de realizar el mantenimiento adecuado; doy consentimiento de forma libre y voluntaria para que se me realice la adaptación de los lentes de contacto.

FECHA: AÑO _____ MES _____ DÍA _____

Paciente:

Nombre: _____ **CC:** _____

Óptico:

Nombre: _____ **CC:** _____
