

FIRMA CLIENTE

Fecha Diligenciamiento:

Diligenciamiento exclusivo de la sucursal

Nro de Solicitud: _____

CONFIRMACIÓN DEL CONTENIDO DE LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL PLAN COMPLEMENTARIO EPS SURA

Por medio del presente documento y en cumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente, manifiesto y doy constancia de que la información suministrada por mí y consignada en el contrato de vinculación al Plan Complementario, es en todas sus partes cierta y por lo tanto, hace parte integral del mismo; además, que reconozco que este documento servirá de base para el análisis, aceptación del riesgo y posterior expedición del plan complementario adquirido.

Manifiesto que a la fecha gozo de buena salud y en cumplimiento de las previsiones legales sobre el manejo, custodia y archivo de la historia clínica, autorizo de manera expresa, amplia y suficiente a EPS SURA en calidad de encargada de SURAMERICANA S.A, para que conozca información de mi historia clínica y, por lo tanto, solicite copia de la misma a los profesionales o instituciones médicas con los cuales haya recibido servicios de salud, aun después de fallecido, con el fin de realizar estudios en el proceso de contratación del producto, gestionar el riesgo en salud y demás actividades que considere pertinentes, teniendo como marco de referencia, lo establecido en la normatividad vigente.

Declaro así mismo, que cuento con la autorización de los demás asegurados del contrato del Plan Complementario a mi cargo y relacionados en la solicitud de afiliación, para suscribir el presente documento en su nombre, quienes también gozan de buena salud y autorizan de forma amplia y suficiente a EPS SURA, para que conozcan información de sus historias clínicas. Para ello, EPS SURA cuenta con autorización para solicitar copia de la historia clínica a los profesionales e instituciones médicas en los cuales hayan consultado los demás asegurados, aún después de su muerte.

Autorizo expresamente en nombre propio y los demás asegurados, bajo su encargo, a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso datos biométricos y de salud que son datos sensibles, para los fines necesarios relacionados con la prestación del servicio contratado y para ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales, publicitarias y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad disponible en: www.suramericana.com

Con la firma del presente documento declaro que cuento con autorización de los demás asegurados para realizar esta declaración. Lo anterior entendiendo que la autorización para el tratamiento de estos datos sensibles es facultativa. Como titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos o interponer peticiones acerca del manejo de dichos datos a través del canal de contacto para ejercer los derechos: línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondedatos@suramericana.com.co.


Autorizo voluntariamente que la información de mi contrato de Plan Complementario y/o información general de EPS SURA me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros).

Autorizo a EPS SURAMERICANA S.A. a descontar los pagos por concepto de tarifas a mi cargo del producto financiero que para el efecto señale, o que por motivos de renovación o cambios automáticos realizados por la entidad emisora sea modificado, en este último caso autorizo que éste sea informado por la entidad financiera. Declaro haber recibido las condiciones generales de los productos, así mismo entender las coberturas, las exclusiones y las garantías.

Exclusivo Plan Complementario 60 más: Autorizo expresamente en nombre propio y los demás asegurados que con pleno uso de mis facultades mentales actuando sin presiones de ninguna índole y con pleno conocimiento declaro que los asegurados tienen acceso a servicios tecnológicos tales como el celular, tablets y/o computadores con acceso a internet. Lo anterior, toda vez que soy consciente y acepto que, muchas de las actividades que ofrece el Plan Complementario 60 más, serán prestados a través de canales virtuales; razón por la cual, en caso de no tener acceso a dichos aparatos electrónicos con internet no podré gozar de los mismos. De igual manera, declaro que he recibido toda la información e ilustración pertinente y que he tenido ocasión de preguntar, así como de recibir, de forma completa y satisfactoria todas mis inquietudes con respecto a la atención que será prestada.

		
Nombre del cliente CC. /	Firma del cliente	Huella

Si el titular de la cuenta bancaria es diferente al contratante, favor diligenciar:

		
Nombre del titular de la cuenta bancaria CC.	Firma del titular de la cuenta bancaria	Huella

1. En caso en que el contratante sea una persona jurídica debe aportar la firma y huella del Representante Legal.

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)