

**ACEPTACION DE TERMINOS DE LA AFLIACION ELECTRONICA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y CONOCIMIENTO Y
ACEPTACIÓN DE LA CARTA DE DESEMPEÑO Y DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EPS SURA**

Yo NOMBRES Y APELLIDOS DEL COTIZANTE, Con tipo y Número de identificación _____, Declaro que conozco y autorizo plenamente los términos, condiciones e información contenida en el formulario de afiliación a EPS SURA.

La presente declaración tiene como finalidad avalar el proceso de afiliación a EPS SURA conforme las reglas consagradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dejando constancia que participé activamente en todo el proceso de afiliación y que conozco las consecuencias de suministrar información incorrecta o no verdadera.

Así mismo, me permito responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que he tenido al diligenciamiento de este formulario, de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla publicada en la página web de EPS Sura, la cual estará permanente a mi disposición para su consulta y lectura posteriores. Estas preguntas se respondieron previo diligenciamiento al formulario y acepto que las presento sin ningún tipo de enmendaduras.

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (ver Página 10 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)

SI NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

SI NO

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

SI NO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo. Especial o Excepción.
- Declaración de Existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

FIRMA DE AFILIADO Y EMPRESA. CUANDO EL AFILIADO SELECCIONA A EPS SURA

Nombre del Cotizante _____ Nombre o Razón Social _____

Cédula del Cotizante _____ Cédula o Nit _____

Firma del Cotizante _____ Firma del Empleador _____

FIRMA EMPRESA. CUANDO AFILIADO NO HA SELECCIONADO NINGUNA EPS

Teniendo como referencia los artículos 2.1.4.2, 2.1.6.2 y 2.1.6.5 del Decreto 780 de 2016, procedo en mi calidad de* _____, a realizar la inscripción en EPS Sura del señor(a) _____, con documento de identificación _____, teniendo en cuenta que a la fecha él no ha realizado la selección de la EPS.

SEGÚN LA CITADA NORMATIVIDAD, PUEDEN REALIZAR LA AFLIACIÓN OFICIOSA:* LOS EMPLEADORES, LAS PAGADORAS DE PENSIÓN, LAS COMISARIAS Y DEFENSORÍAS DE FAMILIA O LAS PERSONERÍAS MUNICIPALES.

Así mismo, manifiesto que conforme a estas condiciones, me comprometo a darle a conocer al usuario la cartilla de derechos y deberes de la EPS y carta de desempeño, con el fin de dar cumplimiento a la Circular 16 de 2013.

Nombre o Razón Social _____

Cédula o Nit _____

Firma _____