

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Teniendo en cuenta que el asesor comercial de MedPlus Medicina Prepagada S.A. me suministró la información clara, precisa y completa frente al portafolio de productos y servicios, declaro de manera expresa y libre de vicios del consentimiento que:

1. La copia que hoy queda en mi poder deberá estar diligenciada de manera idéntica a la original.
2. Autorizo expresamente a MedPlus Medicina Prepagada S.A. a consultar la información sobre el estado de salud del contratante y usuarios relacionados en la presente solicitud que obre en los archivos de las instituciones y entidades a cargo de su guardia y custodia. Para los fines de este documento, el contratante manifiesta bajo la gravedad de juramento que ha sido facultado por los usuarios relacionados en el mismo, para extender la citada autorización, cualquier inexactitud o reticencia frente a esta declaración tendrá los efectos señalados en el numeral 4 de este acápite de declaraciones y autorizaciones.
3. Acepto que si MedPlus Medicina Prepagada S.A. encuentra o comprueba falsedad, error, omisión, o inexactitud en la información registrada en la solicitud de ingreso en la declaración en salud o en cualquier otro documento que sirva de soporte para la decisión por parte de MedPlus Medicina Prepagada S.A. de incluir rechazar o fijar preexistencias u otorgar servicios a un usuario del contrato, MedPlus Medicina Prepagada S.A. podrá excluir a uno o varios de los usuarios registrados enviando comunicación escrita a la última dirección que tenga registrada el contrato sin necesidad de que medie antelación alguna de tiempo.
4. Tengo claridad frente al concepto de “Preexistencias”: entiendo que MedPlus Medicina Prepagada S.A. No brindará cobertura frente a los hechos o tratamientos derivados de las mismas.
5. He sido informado y conozco de las limitaciones y exclusiones del plan de Medicina Prepagada contratado, detalladas en el contrato firmado.
6. Es claro el proceso de exclusiones e inclusión de beneficiarios, así como el cambio de plan, formas de pago y demás novedades al contrato, entendiéndose que cualquier novedad debe solicitarse por escrito con 30 días de antelación a la fecha de corte del contrato.
7. Es requisito indispensable para la afiliación o renovación del plan de Medicina Prepagada que todos los integrantes del contrato cuenten con afiliación activa y vigente al POS, a través del régimen contributivo, tal como lo especifica la normatividad vigente.
8. El no pago oportuno de la cuota del contrato de Medicina Prepagada acarreará inmediatamente la suspensión del servicio del contrato y el cobro de intereses por mora.
9. En los casos en que MedPlus Medicina Prepagada convalide antigüedad de otras Pólizas de Hospitalización y Cirugía o de otras Medicinas Prepagadas, es claro que no dará continuidad a embarazos pre-existentes, así como tampoco a cáncer, sida, insuficiencia renal crónica, enfermedad coronaria, artritis reumatoidea, ni diabetes mellitus.

10. Autorizo a MedPlus Medicina Prepagada S.A., o a quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, de información interbancaria y de evaluación de riesgo crediticio, informe, consulte, reporte, procese o divulgue, a las centrales de información y riesgo, todo lo referente a mi comportamiento como cliente y en especial sobre los saldos que a su favor resulten con ocasión de la celebración del(os) Contrato(s) de Medicina Prepagada que posea o sean constituidos en el futuro. Acepto que los registros permanezcan por los términos previstos en los reglamentos de las respectivas centrales de información y de riesgo. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada a las centrales de información y riesgo es veraz, completa, exacta y actualizada y en caso de que no lo sea a exigir su rectificación.
11. El presente documento es una solicitud y no conlleva al otorgamiento de servicio alguno por parte de MedPlus Medicina Prepagada S.A. ni obligación para aceptarlo. En consecuencia el pago que se hace con cargo a la misma se considera en calidad de depósito. Se reintegrará en caso de ser rechazada la solicitud, en el evento contrario se abonará al valor del contrato. No se devuelve en ningún caso el valor de la cuota de inscripción y chequeo médico de ingreso, sin embargo, de ser aprobada esta solicitud, hará parte integral del contrato que con ella se expide.
12. He sido informado clara y totalmente de los servicios que voy a recibir, de los lugares en que me serán prestados y de la manera como debo solicitarlos y utilizarlos, de las fechas a partir de las cuales tengo derecho, así como las exclusiones y periodos de carencia respectivos.
13. La presente solicitud tiene vigencia de 45 días calendario a partir de la fecha de radicación, vencido este tiempo se procede a anular esta solicitud y debe comenzar un nuevo proceso de afiliación en el caso que corresponda.
14. Anexo solicitud de afiliación clausulados. Manifiesto que MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A. me ha informado que el proceso de afiliación que he iniciado implica la suscripción de una serie de documentos previstos en la normatividad vigente, disponiendo de forma adicional la firma por parte del contratante el clausulado del respectivo al inicio de dicho trámite, para efectos de realizar de forma más expedita la legalización, en caso de resultar aceptada la misma. De acuerdo con lo precedente, he sido informado suficientemente por parte de MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A. en el sentido de que la suscripción por parte del contratante del mencionado clausulado, no implica aceptación anticipada de la mencionada solicitud de afiliación, de conformidad con lo previsto en el numeral 5 del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, que señala que es requisito de los contratos que celebren las partes, *"...llevar las firmas de las partes contratantes..."*. En ese orden de ideas, entiendo y acepto que en el evento de ser aceptada mi solicitud de afiliación, el contrato se entenderá celebrado una vez MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A. suscriba el clausulado y se expida la correspondiente carátula.
15. Aceptación inclusión de Alianza (en los casos que aplique). Obrando en condición de usuario del ALIADO, de manera voluntaria y exenta de vicios, acepto los siguientes términos de inclusión de la alianza suscrita en la solicitud de afiliación: Que se celebró un ACUERDO DE ALIANZA en virtud del cual *"...las partes se comprometen a desarrollar estrategias que*

redundan en su común beneficio, sobre la base del otorgamiento de descuentos por parte de MEDPLUS a los usuarios del ALIADO y la promoción por parte de éste de la afiliación de dichos usuarios a los diferentes planes de medicina prepagada que ofrece primero...". Que he sido informado del esquema de descuentos que se deriva del referido acuerdo de voluntades, sus condiciones y requisitos. Que conozco y acepto que los citados descuentos se mantendrán vigentes siempre que no se modifiquen las condiciones que dieron lugar a su otorgamiento, de conformidad con lo previsto en el parágrafo del artículo 19 del Decreto 806 de 1998. Que entiendo y acepto que en virtud de lo estipulado en el referido acuerdo de colaboración empresarial, son circunstancias que modifican las condiciones que dan lugar al otorgamiento de descuentos, entre otras, las siguientes: a) Variación del número de usuarios por contrato; b) Variación del rango etario de uno o más usuarios del contrato; c) Variación de la siniestralidad del contrato; d) Variación de la siniestralidad de la alianza; e) Mora en el pago de las cuotas del contrato de medicina prepagada; f) Terminación o variación de las condiciones de la alianza. Que entiendo y acepto que la variación de las condiciones que dieron lugar al descuento dará lugar a su modificación o retiro por parte de MEDPLUS, y su revisión se dará de manera previa a la terminación de cada vigencia del contrato de medicina prepagada que vincule al usuario del ALIADO con MEDPLUS. Que de la misma manera entiendo y acepto que en el caso de que por cualquier motivo el suscrito no continúe vinculado a la alianza suscrita, MEDPLUS podrá decidir de manera unilateral si continúa o no otorgándome los beneficios tarifarios contenidos en el citado acuerdo de colaboración empresarial, y en ese sentido, que en el caso de que proceda mi retiro de la alianza suscrita, MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A. podrá ajustar las tarifas conforme a las publicadas en los términos del artículo 11 del Decreto 1486 de 1994. Que acepto que con la suscripción del presente documento y en consecuencia mi inclusión a la citada alianza, estará facultada para que en mi nombre y representación negocie y establezca con MEDPLUS el régimen de descuentos aplicable a mi contrato de medicina prepagada. Así mismo, entiendo y acepto que al pertenecer a una Alianza Especial el incremento de tarifas se llevará a cabo al momento de la renovación de la misma, pudiendo ser este en un mes diferente al de la vigencia de mi contrato.

16. Examen de ingreso. Es el chequeo médico practicado por uno o más profesionales de la salud de la red adscrita, necesarios para la identificación y análisis de riesgos o para la fijación de preexistencias y/o exclusiones a los usuarios que MEDPLUS MP determine, de cara a la posible celebración de un contrato de medicina prepagada, y puede comprender también los estudios complementarios que el médico evaluador considere necesario practicar. Su costo deberá ser asumido por el usuario solicitante, salvo que de manera libre y voluntaria MEDPLUS MP decida no efectuar su cobro. Si el usuario no acepta dicho costo o la realización de algún procedimiento durante la valoración y/o paquete evaluativo, MEDPLUS MP podrá rechazar su solicitud o admitirlo al contrato con exclusión de las coberturas relacionadas con cualquier patología que pudiera haberse advertido con ocasión de dicho examen.

La valoración por médico general o especialista se solicita de acuerdo con las patologías halladas en la declaración de salud o historia clínica. El valor dependerá de la tarifa contratada según el plan del usuario y contratación y red de la regional.

Los tipos de examen de ingreso son:

i. Paquete evaluativo o valoración de ingreso tipo 1: corresponde al chequeo médico de ingreso, para los usuarios que cuenten con edad de 55 años hasta los 64 años y 364 días, que constará:

Para Mujeres: Cita Médico evaluador (internista, valoración por ginecología), laboratorio clínico (cuadro hemático, parcial de orina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, transaminasas, Bun, creatinina, citología cervico-uterina), ecografía de abdomen total, radiografía de tórax, electrocardiograma.

Para hombres: Cita Médico evaluador (internista), laboratorio clínico (cuadro hemático, parcial de orina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, transaminasas, pruebas de función renal, antígeno prostático), ecografía de abdomen total, radiografía de tórax, electrocardiograma.

ii. Valoración Pediátrica (VP): Potenciales usuarios menores de 1 año (11 meses, 29 días). Incluye una valoración por médico pediatra y en regionales por disponibilidad del Médico general; la valoración pediátrica no genera cobro. En caso de exámenes adicionales deben ser asumidos por el usuario.

iii. Valoración de Riesgo Metabólico (RM) o valoración de ingreso tipo 2: Potenciales usuarios con obesidad (IMC superior o igual a 30), antecedente de hipertensión arterial, alteración del metabolismo de los carbohidratos. Incluye cita con médico evaluador o médico familiar según disponibilidad de la red, laboratorio clínico (colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia, cuadro hemático, parcial de orina, BUN, creatinina), electrocardiograma.

17. En mi calidad de Cliente de MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA, y de acuerdo a la Ley 1581 de 2012, acepto que mis datos personales sean tratados con las finalidades de: Permitir la perfección de la relación comercial que lo vincula con MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA; datos sensibles como la huella, serán tratados con la finalidad de acreditar el consentimiento en asuntos contractuales; formalizar la inscripción y registro en la organización como Cliente; permitir la ejecución del objeto comercial contratado, y cumplimiento de las obligaciones contraídas por MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA; mantener una eficiente comunicación, a través de e-mail, teléfono, mensajes de texto (SMS y/o MMS), mensajería instantánea o de cualquier otro medio de comunicación, que permita mantener una eficiente comunicación con los clientes; gestionar las etapas precontractual, contractual y pos contractual, lo que puede incluir la realización de actividades de cobro adelantadas directamente por la organización o a través de un tercero que la realice a nombre de la empresa o a su propio nombre; realizar evaluación de calidad a los productos o servicios, así como estudios para estadísticas y análisis de tendencias del mercado; atender posventas y solicitudes de garantía; realizar actos de promoción y publicidad de los productos o servicios de MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA, así como de los terceros que sean aliados comerciales de la organización; realizar invitaciones a eventos programados por la organización; realizar los registros contables que obliga la ley; consultar y/o verificar su información en listas de control Nacional e Internacional relacionadas con Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo; enviar la información a entidades gubernamentales, públicas o privadas por solicitud expresa de las mismas o por exigencia legal; y en general cumplir las obligaciones a cargo de la organización, determinadas por la ley o que hayan sido impartidas por autoridades competentes. De otro lado, respecto de la circulación

de mis datos, conozco y autorizo que mis datos personales sean transmitidos internacionalmente para su almacenamiento en servidores ubicados fuera del país; y también que sean transferidos nacional e internacionalmente con empresas aliadas a MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA.

En el mismo sentido, también acepto que mis datos personales como la voz e imagen, captada en teleconferencias o reuniones virtuales, sean tratados con la finalidad de registrar la realización de las reuniones, talleres o eventos en general y permitir su consulta posterior; y que mis datos personales sensibles como la imagen y huella digital captada en la cédula de ciudadanía o en formularios, serán tratados para formalizar el registro como cliente; y que mis datos biométricos sensibles como la huella, sean tratados con la finalidad de acreditar mi consentimiento en asuntos contractuales.

Así mismo, en cumplimiento de la Ley 1266 de 2008, autorizo a MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA a tratar de mi información personal, comercial, financiera y de comportamiento crediticio con las siguientes finalidades de realizar reportes o actualizaciones de información financiera, crediticia o comercial en centrales de riesgo, ante los operadores de información y/o ante los bancos de datos legalmente autorizados. Lo anterior, teniendo presente que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones y mi comportamiento frente al sistema financiero, se reflejará en su totalidad en las mencionadas bases de datos por el tiempo y de acuerdo con los términos y condiciones que determine la ley.

La autorización aquí concedida la otorgo de manera voluntaria, previa, expresa, e informada a favor de MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, las finalidades relacionadas con su objeto social, y las indicadas en este documento, incluyendo aquellos datos de carácter sensible. En el mismo sentido la autorización la otorgo por el tiempo que yo conserve mi calidad de Cliente más cinco años para conservar prueba de la relación comercial, y el tiempo adicional que sea necesario para cumplir con las finalidades mencionadas en este documento, teniendo en cuenta las circunstancias legales o contractuales que hagan necesario el tratamiento.

Finalmente declaro que la información personal entregada para ser tratada por MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA, la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. Así mismo, en el caso de datos personales de terceros que hayan sido incluidos como referencias personales y/o comerciales, declaro que he obtenido la respectiva autorización para que MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA SA los contacte, y en caso de ser necesario, verifique la información entregada.

Para resolver cualquier inquietud, por favor comuníquese con nuestra línea de atención MedPlus (601)7420101 en Bogotá, D.C. y al 018000-184000 desde otras ciudades.

En señal se firma en _____, el día _____ del mes _____ de 20____

Firma del solicitante o contratante _____

Nombre: _____

No. Identificación: _____