



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

Medellín, ___ de _____

Señores
**SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. y
SEGUROS DEL ESTADO S.A**

Asunto Autorización para reclamar y recibir
Pólizas Vida Grupo: 65-71-1000000287 y 65-71-1000000294
Póliza Generales: 65-24-101002556
Asociado: Nombre _____ CC _____

Yo _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, como afiliado a la Cooperativa, y como Asegurado o Beneficiario de la póliza referida, expresa y voluntariamente AUTORIZO a la **COOPERATIVA FINANCIERA JHON F. KENNEDY – “JFK COOPERATIVA FINANCIERA”** para que, en mi nombre y representación, recaude directamente de terceros historia clínica, de salud o de otra naturaleza, solicite y tramite la información y documentos requeridos para presentar una reclamación.

Igualmente, autorizo que la respuesta o decisiones a la reclamación o las sumas económicas que sean reconocidas como indemnización sean entregadas o pagadas directamente a la **COOPERATIVA FINANCIERA JHON F. KENNEDY – “JFK COOPERATIVA FINANCIERA”**, y posteriormente desembolsados a la cuenta de ahorros con la Cooperativa de la cual soy titular.

Todo lo anterior eximiendo a **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.** de toda responsabilidad de la destinación de la indemnización luego de girada a la Cooperativa.

*AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN. Declaramos que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S. A. y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S. A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS**, los suscritos hemos suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a esta declaración, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quien actúa como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.*

*En consecuencia, autorizamos a **LAS ASEGURADORAS** a que realicen el tratamiento de estos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio, para mi vinculación como cliente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo, aún en el caso que no se llegare a formalizar una reclamación o la misma sea terminada por otra causa. Autorizamos a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de la relación con **LAS ASEGURADORAS**, tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, o intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.*

*Así mismo, autorizamos expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud, solicitud y tratamiento de historia clínica y a los datos biométricos. Declaramos que hemos sido informados de los derechos que nos asisten como titulares de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro reclamado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones como consumidor de seguros.*



**SEGUROS
DE VIDA DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

Atentamente,



NOMBRE RECLAMANTE (S)
C.C.

HUELLA

