

Ciudad DD/MM/AAAA

Señores

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

Asunto: Autorización para reclamar y recibir.

Pólizas Vida Grupo Nro. 65-71-1000000311 y 65-71-1000000357
Póliza Generales Nro. 65-24-101002556
Póliza Vida Grupo Deudores Nro. 65-72-1000000072

Asociado: Nombre _____
C.C. _____

Yo _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en calidad de asociado(a) a **JFK COOPERATIVA FINANCIERA** y como Asegurado(a) o Beneficiario(a) de la póliza mencionada, de manera expresa y voluntaria **AUTORIZO** a **JFK COOPERATIVA FINANCIERA** para que, en mi nombre y representación, recaude directamente de terceros mi historia clínica, información en materia de salud o de cualquier otra naturaleza, y solicite o tramite la documentación necesaria para la presentación de una reclamación. Así mismo, autorizo para que las respuestas, decisiones y/o las sumas que se reconozcan como indemnización o auxilios económicos sean entregados o consignados directamente a **JFK COOPERATIVA FINANCIERA**, para su posterior desembolso en la cuenta de ahorros de la cual soy titular dentro de la Cooperativa.

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 o auxilios económicos luego de girados a la Cooperativa.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN. Declaro 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**, el(la) suscrito(a) he suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a esta declaración, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mí suministrada.

En consecuencia, **autorizo** 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 de que no se llegare a formalizar una reclamación o la misma sea terminada por otra causa.

Autorizo 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, 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, **autorizo 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.

Declaro que he sido informado 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 asegurado.

Atentamente,



**NOMBRE RECLAMANTE
C.C**

HUELLA

NO AUTENTICAR