VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

JFK Cooperativa Financiera
Nit. 890.907.489-0

Formato de
autorización de beneficiarios
para reclamar y recibir

Agencia

Fecha Día Mes Año

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 n.º 65 -71-1000000311 / 65 -71-1000000357 / 65 -71-1000000382 / 65 -71-1000000383
Póliza Generales n.º 65 - 24 - 101002556 / 65 - 24 - 101003481
Póliza Vida Grupo Deudores n.º 65-72-1000000072

Nombre del asociado 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 las pólizas mencionadas, 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.

Asimismo, autorizo para que las respuestas, decisiones y/o las sumas que se reconozcan como indemnización o auxilios económicos sean entregadas o consignadas 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 sobre la destinación de la indemnización o auxilios económicos luego de ser 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 suscrito ha 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 y para mi vinculación como cliente, así como a la circulación o transferencia de ellos; todo lo anterior, aun en el caso de que no se llegare a formalizar una reclamación o que la misma sea terminada por otra causa.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

JFK Cooperativa Financiera
Nit. 890.907.489-0

Formato de
autorización de beneficiarios
para reclamar y recibir

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; y 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.

Asimismo, **autorizo expresamente** para que se lleve a cabo el tratamiento de **datos sensibles,** en especial los relativos a la salud, la solicitud y el tratamiento de la historia clínica, y los datos biométricos.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular 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, los plazos y la 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 la explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como los derechos y obligaciones como asegurado.

Atentamente,

Firma del reclamante

Nombre
C.C.

Huella

NO AUTENTICAR