

**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 la persona jurídica que represento, directamente a LAS ASEGURADORAS, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo de manera libre, expresa e inequívoca a LAS ASEGURADORAS para:

- a) Realizar el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, prestación de servicios de asistencia, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por LAS ASEGURADORAS. 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 los contratos celebrados 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, suministrar y reportar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

SI ____ NO ____

- b) Realizar el tratamiento de datos sensibles de acuerdo con lo estipulado en el artículo 6° y 7° de la Ley 1581 de 2012, en especial, aquellos datos relacionados con niños, niñas y adolescentes, en el evento que llegue a suministrarlos.

SI ____ NO ____

- c) Realizar el tratamiento de mis datos personales para labores de mercadeo, comercialización de seguros y encuestas de servicio.

SI ____ NO ____

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, el cual se encuentra publicado en las páginas, www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com.

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de LAS ASEGURADORAS, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico info@segurosdelestado.com.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:

1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.

2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).

3. 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 contratado 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.

Firma: _____

Nombre: _____

C.C.: _____

Fecha: _____