

CLAUSULA DE AUTORIZACION

CONSIDERACIONES

1. Que los datos solicitados en el presente formulario son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la ley 1581, las disposiciones que buscan la protección de datos y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los datos adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratan observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales; razón por la cual como representante legal de la Compañía, procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la Aseguradora, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA; ENTIDAD COOPERATIVA** y con la que efectivamente se suscribe contratos de seguros y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, por la ASEGURADORA.

Así mismo, enténdase como **INTERMEDIARIO DE SEGUROS** la(s) sociedad(es)

Dirección _____, Teléfono _____, y/o cualquier sociedad controlada, directa o indirectamente por la ASEGURADORA.

Declaro Expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprenden la actividad aseguradora:

II. Que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** me han informado de manera expresa:

1.FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DATO PERSONAL: Nuestros datos serán tratados por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, para las siguientes finalidades: I) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual.

II) El proceso de negociación de contratos con **LA ASEGURADORA**, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. III) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. IV) El control y la prevención del fraude. V) La liquidación y pago de siniestros. VI) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. VII) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. VIII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadística, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. IX) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. X) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**. XI) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. XII) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdo internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. XIII) La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo y la XIV) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2.El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3.USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: I) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS**. II) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS**, tales como: Ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externo, entre otros. III) **LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS** que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y determinación del contrato de seguro. IV) Las personas con las cuales **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS** adelanta gestiones para efecto de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. V) **FASECOLDA, INVERFAS S.A.** y el **INIF**, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4.TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia no he sido obligado a responderlas.

6.DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.

7.RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información son **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO**, cuyos datos de contrato se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso los encargados del Tratamiento de los datos que compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26-20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel 3443080 de la Ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude cuya dirección es Carrera 13 No. 33-43 Piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

III.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el Tratamiento de los datos y, de ser necesario la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

IV.CERTIFICACIÓN: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento, puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores o clientes de la Compañía; por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: I) Obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable, particularmente en la ley 1581 de 2012 y II) Que existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable para el tratamiento y circulación de esta base de datos por parte de **LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO(S)** señalados en este documento.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

NOMBRE

FIRMA
C.C.

HUELLA INDICE
DERECHO

INFORMACIÓN ENTREVISTA (SOLAMENTE APLICA PARA SUSCRIPCIÓN)

LUGAR DE ENTREVISTA _____ FECHA _____ HORA _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O INTERMEDIARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA _____

CARGO _____

RESULTADO DE LA ENTREVISTA _____

En mi calidad de Intermediario y en aplicación a lo dispuesto por la Circular básica jurídica, entiendo que soy responsable del recaudo y verificación de la información del solicitante, incluida la realización de la entrevista, como constancia de lo anterior, firmo a continuación.

FIRMA DEL FUNCIONARIO ASEGURADORA SOLIDARIA

FIRMA DEL INTERMEDIARIO

CARGO

CARGO