

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros Generales identificada con el NIT 901-521.1.912-6, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 4, con teléfono (601) 5141592 y a sus sucesores, cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES

Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se traten en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones y prevenir el fraude o suplantación.

Declaro que me han informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro razonable.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES

1. Autorizo a Colmena Seguros Generales S.A (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

- **FINALIDADES ESENCIALES**

1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Entidad (Encargados, Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores) como por ejemplo administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, actividades de cobranza, facturación, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). lo cual podrá implicar el compartir mi información a título de Transmisión o Transferencia. Para el caso de coaseguradores, mi información podrá ser compartida para dar cumplimiento a las obligaciones que se originen en virtud del producto ofrecido en alianza.

2. Para solicitarme directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.
3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.
4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.
5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.
6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.
7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte de la Organización liderada por Fundación Grupo Social, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman la Organización liderada por Fundación Grupo Social se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad: <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.

● **FINALIDADES NO ESENCIALES**

Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:

1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. Sí ___ No ___
2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. Sí ___ No ___
3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés, mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. Sí ___ No ___

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podré consultar en la página web www.colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.
2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida.
3. Que los canales dispuestos por Colmena para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podrá consultar en https://www.colmenaseguros.com/documentos/seguros-generales/Aviso_de_privacidad_SG.pdf.
4. Que a través de dichos canales podré revocar el consentimiento otorgado respecto a las “finalidades no esenciales”.
5. Que las Políticas bajo las cuales se tratarán mis datos personales se encuentran a mi disposición en la página web de Colmena en el enlace https://www.colmenaseguros.com/documentos/politica-datos-personales/Políticas_de_proteccion_de_datos_personales_GENERALES.pdf
6. Que usted podrá consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web de la Entidad.

Para constancia de aceptación se firma a los _____ (), días del mes _____ () del año 20____.

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____