

ACTUALIZACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA DE VIDA GRUPO Y VIDA GRUPO DEUDORES

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPO Y VIDA GRUPO DEUDORES FM-SUSV-85 V.3.

RAMO	VIDA GRUPO	PÓLIZA	FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO
------	------------	--------	--------------------	-----	-----	-----

TOMADOR	NIT No.
---------	---------

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
-----------	--------------------	--------------

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES COMPLETO	C.C	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO
------------------	-----	---------------------	----------

DIRECCIÓN	ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD
-----------	--------------	--------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Por la presente designo a la(s) siguiente(s) persona(s) como mi(s) beneficiario(s)

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TÍTULO	% de PARTICIPACIÓN

TÍTULO: Beneficiario Oneroso

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

- i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor
- ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual
- 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, incluida la gestión y cobro de cartera
- vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral
- viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, 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) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia
- xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo
- xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012
- xiv) Recolectar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013
- xv) Transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 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. 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 externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos 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. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

- 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 al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, 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.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

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 _____.

<p>_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA Tipo y N° Documento:</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">HUELLA</p>
<p>_____</p> <p style="text-align: right;">OBSERVACIÓN HUELLA</p>		