

Autorización para el tratamiento de los datos personales

AUTORIZO de manera previa, expresa, informada y explícita, a **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, para que realicen lo siguiente:

1) Consultas y Reportes: Que en virtud de las relaciones jurídicas con **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, o quien en el futuro sea su acreedor, cesionario o contraparte, pueda: a) Consultar en las centrales de riesgo toda la información comercial, crediticia, hábitos de pago y en general mi desempeño como deudor. b) Reportar a las centrales de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones de contenido patrimonial. c) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos, relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en bases de datos. La autorización anterior permite a **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, y a las centrales de riesgo verificar y divulgar el comportamiento de mis deberes contractuales y legales, con el fin de elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

2) Uso y tratamiento de datos: que mis datos personales sean objeto de tratamiento para las siguientes finalidades: **2.1) Datos personales:** a) Compartir todos mis datos, soportes y los que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, los cuales podrán ser cedidos a otras entidades con las cuales se tengan alianzas o acuerdos comerciales. b) Realizar campañas de identificación en procesos institucionales de **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, o de marketing (promoción de productos y servicios), envío de información comercial por cualquier medio conocido o que llegase a conocerse. c) Realizar gestiones de cobranza, bien sea directamente o por conducto de terceras personas. **2.2) Datos sensibles (información biométrica y estado de salud):** que los datos sensibles, incluidos los biométricos y los referentes a mi estado de salud, sean objeto de tratamiento para las siguientes finalidades. a) Recolectar e incluir mis Huellas Dactilares y cualquier otro dato de tipo biométrico que sean susceptibles de tratamiento en la Base de Datos administrada por **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, con el objetivo de identificarme ante la misma, al momento de utilizar cualquiera de sus Servicios o Productos. b) Transmitir o Transferir mis Huellas Dactilares y cualquier otro dato personal, incluido los de tipo biométrico que sean susceptibles de tratamiento en la base de datos de **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, a entidades ubicadas dentro o fuera del territorio Nacional que dispongan de la infraestructura y seguridad necesaria para su adecuado almacenamiento y/o eventuales Servicios de Computación en la nube. c) El tratamiento de los datos relativos a mi salud y enfermedades padecidas (datos sensibles), con el fin de evaluar mi estado de salud, analizar riesgos asumidos por **Cooameva Medicina Prepagada S.A.** d) Realizar el tratamiento de mis datos personales incluidos los datos de carácter sensibles, durante el tiempo que dure la relación jurídica con **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, y hasta diez (10) años más después de la terminación de la relación contractual o exista la obligación legal de conservar dicha información).

Actualización de datos y veracidad de la información: Que la información por mi suministrada es veraz completa y exacta y me obligo a suministrar y actualizar todos los datos cada vez que sea necesario para la prestación del servicio y documentos que **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, se soliciten para confirmar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del Cliente.

Nota: La solicitud de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre datos personales, podrá realizarse en cualquier oficina del país o a través del portal web www.cooameva.com.co, (opción contáctenos). La política de tratamiento de datos personales y al aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web www.cooameva.com.co

Para constancia firmo, el día _____, del mes _____, del año _____.

EL CONTRATANTE
C.C/NIT

Nombre(s) y Apellido(s) EL CONTRATANTE