

Autorización para el tratamiento de los datos personales

De conformidad con el derecho constitucional del Habeas Data y especialmente con la ley 1581 de 2012, Coomeva Medicina Prepagada S.A. mediante la presente autorización define los términos, condiciones y finalidades por medio de las cuales se permite la recolección, uso, almacenamiento, circulación, procesamiento, supresión y tratamiento de sus datos personales. Esta autorización aplica para cualquier tipo de recolección de datos personales bien sea de forma presencial, telefónica o virtual para la vinculación a los Planes Voluntarios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Coomeva Medicina Prepagada S.A.

Usted tiene el derecho como Titular de sus datos personales a: conocer, actualizar y rectificar sus datos que reposan en las bases de datos; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado sobre su uso; presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a la ley; revocar la autorización; solicitar la supresión de sus datos personales; acceder en forma gratuita a los mismos; y a dar respuesta o no a las preguntas que le sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes. Así, al aceptar las políticas y procedimientos, está autorizando expresamente a Coomeva Medicina Prepagada S.A. (Responsable del tratamiento) para la utilización de sus datos conforme a lo aquí expuesto.

Por vía de este documento, en mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a Coomeva Medicina Prepagada S.A., a dar tratamiento a mis datos personales para:

- 1 El desarrollo del objeto social: prestación directa o indirecta de Servicios de Salud bajo la modalidad de Medicina Prepagada y aquellos derivados de la relación contractual.
- 2 El envío de información comercial sobre Productos y Servicios a través de los canales o medios que la Organización determine.
- 3 Realizar encuestas o sondeos de opinión sobre los Servicios y Productos con el fin de evaluar su calidad.
- 4 Ser informado e invitado a participar a los diferentes Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
- 5 Ser contactado para el ofrecimiento de Productos y Servicios de los diferentes Planes y Programas comercializados por Coomeva Medicina Prepagada S.A.
- 6 Realizar segmentación de mercado, análisis de consumo y preferencias.

Contacto: página web:

www.medicinaprepagada.cooameva.com.co; o por medio de la línea telefónica nacional gratuita 01 8000 930 779

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

EL CONTRATANTE
C.C/NIT

Nombre(s) y Apellido(s) EL CONTRATANTE