

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de AP Seguros & Cia Ltda, Autorizo de manera permanente para que realicen el tratamiento de datos personales, así como la circulación o transferencia de ellos para los fines que sean necesarios, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o la misma hubiere terminado.

Así mismo, autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.

Autorizo AP Seguros & Cia Ltda a entregar o compartir la información con las Aseguradoras, con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con aliados estratégicos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que AP Seguros & Cia Ltda me ha informado los derechos que se tiene como titular de la información y he leído las políticas del tratamiento de datos que maneja, de acuerdo con la ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013.

El responsable del tratamiento de la información es AP Seguros & Cia Ltda, ubicado en la Calle 93 B No.17-25 Ofc 205, Teléfono: 7560831, correo electrónico: directora.administrativa@apseguros.com.co .

Declaro haber leído, comprendido y aceptado lo indicado, en señal de aceptación se firma el presente documento.

Persona Natural

Persona Jurídica

Nombre o Razón Social: _____

Representante Legal: _____

C.C. o NIT: _____

Firma Cliente _____