

Tratamiento de Datos Personales Asosalud Ltda – Agencia de Medicina Prepagada

Teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad de protección de datos vigente, autorizo de manera expresa y voluntaria a Asosalud Ltda para tratar mi información personal y la de los beneficiarios afiliados en mi contrato (según lo establecido en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013 en lo relacionado con la estipulación a favor de otro o para otro) de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales disponible en: www.asosalud.com con los siguientes fines:

(i) Afiliación a los planes de Salud de Medicina Prepagada Colsanitas S.A. o Medisanitas S.A.; **(ii)** Realizar el tratamiento de mis datos personales incluyendo datos sensibles, relacionados con mi estado de salud, para las actividades propias de la afiliación a los contratos de Medicina Prepagada, así como para realizar actividades administrativas, verificación de identidad, verificación de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza, boletines informativos, entre otros; **(iii)** Gestionar trámites, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los servicios de Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A. y los ofrecidos por Asosalud Ltda; **(iv)** Dar a conocer mis datos personales dentro y fuera del país, o a cualquier empresa contratada por la Agencia a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera para implementar servicios de computación en la nube; **(v)** Contactar y enviar información sobre la prestación del servicio, así como cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios, fidelización o publicidad, mercadeo sobre sus productos o servicios de acuerdo con la legislación aplicable, a través de medios telefónicos, electrónicos, (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos y/o personales.

Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, por lo tanto mis datos serán tratados por Asosalud Ltda actuando como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales, únicamente para las finalidades señaladas, durante el periodo que subsista la relación con Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A. y dos años más, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional, y conozco que ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 7443311 o el correo electrónico agenciacolsanitas@asosalud.com, para cualquier requerimiento relacionado con este tema.

En constancia y conformidad con lo anterior firma:

Firma _____

Nombre: _____

Identificación _____

Fecha :

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---