

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ASEGURADORA, la(s) sociedad(es) PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S.A., su sociedad matriz y/o cualquier sociedad parte de Pan-American Life Insurance Group.

Declaro expresamente:

- I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **LA ASEGURADORA**, suministro mis datos personales para todos los fines pre-contractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.
- II. Que **LA ASEGURADORA** me ha informado, de manera expresa:
1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Que mis datos personales serán tratados por **LA ASEGURADORA**, para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de vinculación como contraparte contractual, asegurado, beneficiario y/o proveedor, ii) el proceso de negociación de contratos con **LA ASEGURADORA**, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, 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, vii) la elaboración de estudios técnicoactuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, viii) envío de información relativa a la educación financiera y relacionada con temas de salud, encuestas de satisfacción de clientes en los servicios prestados por **LA ASEGURADORA**, y mercadeo de sus productos de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora ix) envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) y los obligados bajo la ley Common Reporting Standard (CRS) emitida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) x) la prevención y control del lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva xi) consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
2. **USUARIOS DE LA INFORMACIÓN:** Los datos recabados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, 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**, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, proveedores de asistencia médica, entre otros; iii) los corredores de seguros, sociedades corredoras de seguros, agentes de ventas de seguros, agencias de ventas de seguros, ejecutivos de ventas de seguros y/o canales de comercialización alternativos que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; iv) las personas con las cuales **LA ASEGURADORA**, adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguros o reaseguro; v) Personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.
3. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES:** Es posible que en ciertas situaciones sean transferidos datos personales a través de las fronteras geográficas, a entidades del grupo **PALIG**, a proveedores autorizados de servicios o socios comerciales ubicados en otros países, que trabajen en nuestra representación, para cumplir las finalidades del tratamiento.
4. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
5. **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley 81 de 2019 *"Sobre Protección de Datos Personales"*. En especial tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, obtener las informaciones que se hayan recabado sobre mí.
6. **RESPONSABLES Y CUSTODIOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:** El tratamiento y custodia de la información podrá ser realizado directamente por **LA ASEGURADORA**, sus matrices, filiales, sucursales, relacionadas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
- III. **AUTORIZACIÓN:** De manera expresa e inequívoca, autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

Titular de los Datos
(Coloque su Nombre y Apellido)

Firma

Fecha

Día

Mes

Año