



COOPEMÉDICOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ portador del documento de identidad número _____, conforme lo dispuesto en la Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales y su Reglamento, en adelante el "CLIENTE, doy fe de que he sido debidamente informado por Coopemédicos, de lo siguiente:

- a) La existencia de una base de datos en Coopemédicos donde se almacenarán mis datos personales, la cual es de uso interno y no para comercializar la información.
- b) Que el fin que se persigue con la recolección de tales datos es la aprobación y prestación de servicios y productos que ofrece Coopemédicos y en general beneficiar mi posición de usuario del Sistema Financiero,
- c) Que el destinatario de la información recopilada es Coopemédicos,
- d) Que la información recopilada podrá ser consultada por Coopemédicos terceros subcontratados por dicho para realizar actividades propias del giro normal de Coopemédicos
- e) Del carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que se formulan durante la recolección de los datos
- f) Que la no entrega de la información solicitada puede provocar el rechazo de mi solicitud y dejar de recibir los servicios de Coopemédicos.
- g) De la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, complementar o supresión de los datos suministrados, tal y como lo establece la citada Ley 8968, ante Coopemédicos o en cualquier de las sucursales o bien por cualquier otro medio que Coopemédicos ponga a su disposición para ello, quedando debidamente informado que para la suspensión o cancelación de mi información, debo efectuar el pago anticipado de cualquier saldo pendiente insoluto con Coopemédicos.
- h) Que el responsable de las bases de datos para los fines indicados es Coopemédicos y que la información será tratada . confidencialmente.

Asimismo, autorizo Coopemédicos a tratar, recopilar, almacenar, procesar, ceder y transferir la información relativa a mis datos personales, sean estos de acceso irrestricto o de acceso restringido para los fines indicados en este momento. Esta autorización comprende la facultad de compartir mi información personal, tanto la de acceso irrestricto la de acceso restringido a Coopemédicos, así como con terceros subcontratados por éste para brindarme servicios como cliente de Coopemédicos, incluyendo pero no limitando a los servicios del contrato de tarjetas, servicios financieros, bancarios y crediticios, confección y envíos de estados de cuenta, servicios de call center, servicios de venta o contratación de productos, mercadeo, nombramiento de delegados, comunicados de Asambleas, promociones en general, servicios de cobro, servicios para la seguridad de las transacciones u operaciones del Cliente así como el cumplimiento de los fines de los contratos firmados por Coopemédicos.

Igualmente doy mi consentimiento a Coopemédicos para que consulte y actualice la información relativa a mis datos personales y crediticios, incluidos los de accesos restringidos, con las empresas contratadas por Coopemédicos para recabar información de sus clientes para fines propios de las actividades que realizan. Autorizo que, en caso de existir algún atraso con mis obligaciones contraídas en la Cooperativa, Coopemédicos puede intercambiar información con terceros para lograr una eficaz gestión de recuperación.

El consentimiento que ha sido otorgado en el presente documento para el tratamiento de mis datos personales, en las formas indicadas anteriormente, sean estos de acceso irrestricto o de acceso restringido, puedo revocarlo en cualquier momento, ya sea de manera presencial o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección info@coopemedicos.fi.cr. Esta revocatoria no tiene efectos retroactivos, tal y como lo indica Ley 8968 Protección de la Persona frente al tratamiento de sus datos personales y su Reglamento.

AUTORIZO PARA RECIBIR COMUNICACIONES. De forma expresa el Cliente consiente, para que su información personal sea utilizada para llevar a cabo comunicaciones por medio del sistema de llamada automática por voz, correo electrónico o bien por medio de call center o cualquier otro que tecnológicamente esté o llegare a estar disponible para fines informativos, promocionales, de cobro, de venta directa o de verificación de datos.

En fe de lo anterior firmo en _____, el día _____, del mes de _____ del 20_____.

Firma: _____

Número de identidad: _____