

AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo _____, mayor de edad, identificado/a con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, domiciliado/a en la ciudad de _____, actuando en nombre propio, manifiesto de manera expresa por medio del presente documento que autorizo a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** identificada con el NIT 830.039.568-1, para el tratamiento y uso de mi imagen, y de mis datos personales, de la siguiente manera:

Primero. - Con la presente autorización de manera libre y espontánea otorgo mi total consentimiento y autorizo a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** o a quienes éstos dispongan o contraten, para que, de manera gratuita, realice la recolección, registro, almacenamiento, uso, circulación, supresión, procesamiento, compilación, transferencia, actualización, y disposición de mi nombre, seudónimo, voz, figura, firma, fisonomía total o parcial del cuerpo y/o cara y/o cualquier símbolo, signo o elemento que se relacione con mi identidad o permitan identificarme ("Imagen"), así como de todo testimonio otorgado por mí, o mi representante o apoderado, en relación con mi estado de salud o mi experiencia en el consumo, especificaciones y/o consecuencias de productos de **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** ("Testimonio"). La presente autorización se otorga respecto al uso de mi Imagen y Testimonio ya sea en obras fotográficas, audiovisuales o a través de cualquier otro medio conocido o por conocerse, idóneo para su almacenamiento y uso posterior, en cualquier tiempo, con fines privados o comerciales (publicitarios), en Colombia y/o el extranjero y para utilizarla para cualquier tipo de fijación, reproducción, comunicación al público, transmisión y retransmisión televisiva o de otro tipo, radiodifusión, explotación video gráfica, a través de terminales de telefonía, de sistemas de transmisión de datos y/o imágenes (WAP, UMTS), distribución en cualquier medio, y en general, cualquier otro uso o explotación lícitos bajo cualquier modalidad o medio conocido o por conocerse, así como para que transformen, modifiquen, adapten y compendien como consideren conveniente las obras donde aparezca mi Imagen y/o Testimonio y que hayan sido creadas como consecuencia del presente documento, cualquiera que sea el medio y siempre y cuando dichos usos y/o modificaciones no afecten mi reputación, dignidad o buen nombre.

Segundo. Todas las modalidades de explotación y utilización autorizadas respecto de mi Imagen y Testimonio incluyen cualquier medio físico, digital o electrónico, sean o no de carácter interactivo, en archivos, bancos de datos, Internet o cualquier medio de comunicación virtual, páginas web, redes sociales y/o similares.

Tercero. Manifiesto que renuncio a todo derecho o facultad de examen o aprobación previa de las obras que contengan mi Imagen y/o Testimonio que sean resultado de esta autorización, así como de sus usos o productos finales, cualquiera sea el tipo.

Cuarto. La presente autorización la otorgo sin ninguna limitación territorial o temporal, por lo que las obras o productos finales que contengan mi Imagen y/o Testimonio podrán utilizarse en todos los países y por un término ilimitado, salvo las restricciones de ley.

Quinto. Autorizo a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** para que realice la recolección, registro, almacenamiento, uso, circulación, supresión, procesamiento, compilación, transferencia, actualización, y disposición de mis datos personales aquí señalados y que sean suministrados de tal forma que se incorporen en las distintas bases de datos relacionadas con **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** y sus planes y/o campañas. Así mismo, autorizo a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** para que solicite a mi representante o apoderado que compartan mi Testimonio con audiencias internas o externas de científicos, médicos, pacientes, empleados u otros terceros, conforme a las finalidades señaladas en el presente documento.

Sexto. Reconozco y acepto que no recibiré contraprestación económica alguna ni retribución de ningún tipo por parte **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S**, por la captación y utilización de mi Imagen y Testimonio que por este escrito se autoriza.

Séptimo. Adicionalmente manifiesto que se me ha informado que los datos personales proporcionados junto con mi Imagen y/o Testimonio a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.**, serán tratados de acuerdo con la Política de Datos personales disponible <https://www.astrazeneca.co/politica-de-privacidad-colombia.html>. Igualmente, se me ha informado que los derechos que tengo como titular de los datos son aquellos consagrados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012 y especialmente aquellos de conocer, actualizar, rectificar, solicitar la supresión de los datos, revocar la autorización otorgada, salvo que tenga algún deber legal de permanecer en la base de datos, o que mis datos sean requeridos para el cumplimiento de obligaciones contractuales.

Octavo. Conozco y acepto que los datos personales y datos personales sensibles que eventualmente recolecte **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.**, y a los cuales se refiere el presente documento, serán entre otros: nombre, documento de identificación, sexo, fecha de nacimiento, teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico, ocupación, número de tarjeta profesional (si aplica), nivel de educación, acceso a historia clínica, cargo (si aplica), Testimonio, entre otros (los “Datos Personales”); que pueden llegar a ser necesarios para el cumplimiento de lo contenido en el presente documento.

En el caso de pacientes acepto que se recolectará la información relacionada con datos sensibles sobre la patología o historia clínica del suscrito o del menor representado por sus representantes legales, y que podrá contenerse también en videos, fijaciones de voz e imágenes, datos que en general serán tratados como datos personales sensibles (“Datos Personales Sensibles”).

Noveno. Así mismo, declaro que se me ha explicado de forma clara, precisa y suficiente que los datos personales que proporcione serán recolectados y tratados por **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.** con la finalidad de:

- 9.1. Enviarme/le información educativa y científica relacionada con su/la patología o información que **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.** considere que puede ser de su interés.
- 9.2. Enviarme/le información relacionada con uso adecuado de los productos de **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** conforme a su/la patología.
- 9.3. Contactarme/lo para realizar recordatorios respecto a la aplicación de los productos de **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.**
- 9.4. Contactarme/lo para resolver solicitudes, quejas o inquietudes relacionadas con el contenido del presente documento.
- 9.5. Invitarme/lo a eventos educativos relacionados con su/la patología y con el producto de **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.** que usted usa.
- 9.6. Utilizar mi Imagen y/o Testimonio en material promocional, comercial, de mercadeo y/o educativo, así como en presentaciones que puedan ser realizadas por **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.**, por la persona que ésta designe para el efecto o por mi representante o apoderado ante audiencias internas o externas de científicos, médicos, pacientes, empleados u otros terceros, actividad que entiendo que puede implicar el tratamiento de mis datos personales.
- 9.7. Realizar el reporte de eventos adversos (“EA”) o cualquier condición médica no deseada que se generen tras el consumo de medicamentos, a las autoridades sanitarias correspondientes, para dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias de farmacovigilancia. **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** podrá contactarme para hacer seguimiento a los EA reportados.

Teniendo en cuenta lo anterior, por medio de la presente autorizo a **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.** a que realice el tratamiento de mis datos personales y que los mismos puedan ser transmitidos y/o transferidos a

entidades encargadas por **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S** para el tratamiento, incluyendo pero sin limitarse a entidades relacionadas, filiales, matrices o del mismo grupo al que pertenece **ASTRAZENECA COLOMBIA S.A.S.** a nivel global, así como también transmitidos y/o transferidos a otros terceros que se encuentren en países cuyas normas de protección de datos ofrezcan un nivel adecuado de aseguramiento de mis datos.

Décimo. Entiendo que, para cualquier solicitud, queja o requerimiento relacionado con los Datos Personales e Imagen proporcionados, incluido, pero sin limitarse al ejercicio de mis derechos como titular, podré enviar una comunicación a Privacidad.AZColombia@astrazeneca.com al teléfono (601)658-1888, y/o a cualquier otro canal de comunicación establecido en la Políticas de Datos Personales aplicable.

Décimo Primero. Declaro que previo a haber proporcionado mis Datos Personales, se me informó que no estaba en obligación de hacerlo, y se me informó las finalidades de su tratamiento.

Se firma en la ciudad de el día _____ de _____ de 20[*].

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. _____ de _____

EPS a la que pertenece _____

AstraZeneca Colombia SAS, Edificio NAOS, Avenida Carrera 9 No. 101-67, Oficina 601, Bogotá, D.C., tel.: 3257200.

Material educativo dirigido a pacientes. Usted está recibiendo esta información porque ha sido prescrito por su médico tratante con un producto de AstraZeneca. Proveedor PSP: Fundación Apoyo Social Integral Colombia. Tel: 313459775. Transversal 22ª # 53D -55 Oficina 102, correo del Programa: tucomplemento@astrazeneca.com. En caso de evento adverso repórtelo a las líneas 6444507 en Bogotá y 018000958020 a nivel nacional. Prohibida la redistribución de este material. Si requiere mayor información favor comunicarse con el teléfono arriba. La información que contiene este material es únicamente de carácter informativo, no pretende influenciar la prescripción o consumo de ningún medicamento y no reemplaza la consulta a un profesional de la salud para el diagnóstico o tratamiento de ningún síntoma o enfermedad.

MATPROM: CO-15012 Prep: 8 – 2024