

Asegurador: **MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.**

Inclusión	Póliza No.	No. Certificado
	Modificación	Tomador

Datos del asegurado principal

Nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Sexo M F			
Identificación C.C. T.I. C.E. No.		Fecha inicio de vigencia AA MM DD		Fecha de nacimiento AA MM DD		Nacionalidad		Lugar de nacimiento	
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		Peso Kg.		Estatura M.		Cargo		Fecha de empleo AA MM DD	
Ocupación		Sueldo		Dirección residencia		Ciudad			
Departamento		Teléfono(s) oficina		Teléfono(s) residencia		E-mail			

Beneficiarios del seguro de vida grupo y/o accidentes personales

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Parentesco	% Seguro

Cuestionario de asegurabilidad

- a.** ¿Usted presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? **Si** **No**
- b.** ¿Alguno de los miembros familiares presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? **Si** **No**

(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplie la información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda?)

EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) / ENFISEMA / BRONQUITIS CRÓNICA / ASMA / FIBROSIS PULMONAR / SILICOSIS / ASBESTOSIS / BULAS / ENFERMEDADES DEL CORAZÓN / ANEURISMAS / ENFERMEDAD CORONARIA / ARRITMIAS / ENFERMEDAD DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN / INFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMIENTO / HIPERTENSIÓN PULMONAR / ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR / DERRAMES / ISQUEMIA CEREBRAL / APOPLEJÍAS / EPILEPSIA / DIABETES / SIDA / HIV (+) / DEPRESIÓN / TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y ENFERMEDADES MENTALES DE CUALQUIER ORDEN / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN / CIRROSIS / HEPATITIS B / HEPATITIS C / ESCLEROSIS / FIBROMIALGIA / POLIMIOSITIS / VASCULITIS / ESPONDILITIS / TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN / INMUNODEFICIENCIAS / BAJA EN LAS DEFENSAS / ARTRITIS / ARTRITIS REUMATOIDEA / TRASTORNO EN LAS ARTICULACIONES / SORDERA Y/O CEGUERA BILATERAL / DEGENERACIÓN MACULAR / LUPUS ERITEMATOSO / Distrofias / ENFERMEDAD DE PARKINSON / TEMBLORES / DEMENCIAS / SECUELAS DE TRAUMA CRANEAL / PARÁLISIS / SÍNDROME NEFRÍTICO Y/O NEFRÍTICO RENAL PRESENTES / CÁNCER DE CUALQUIER TIPO / TUMORES / LEUCEMIA / LINFOMAS / ANEMIAS CRÓNICAS / MIELOMA / TRASTORNO DE LA MÉDULA ÓSEA / TRASTORNO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS DE LA SANGRE / INSUFICIENCIA RENAL / TRASPLANTES / PANCREATITIS CRÓNICA / ENFERMEDADES IRREVERSIBLES / ENFERMEDADES AUTOINMUNES / AMPUTACIONES / LIMITACIONES FÍSICAS / SECUELAS / OBESIDAD / SANGRADOS / TRASTORNOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL / DOLOR LUMBAR CRÓNICO / DISFONÍAS O AFONÍAS CRÓNICAS / HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES O GENITOURINARIAS / ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO / TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS / SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO / ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS / VÁRICES / JUANETES / CATARATAS / HERNIAS / CÁLCULOS DE CUALQUIER TIPO / ÚLCERAS / TRAUMAS NAALES / DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL / PTERIGIOS / MALFORMACIÓN CONGÉNITA / ¿TENDENCIA A HACER COAGULOS? / ¿FRACTURAS PREVIAS? / ¿PRESENTA VERRUGAS? / TUMORES DE PIEL / ¿INCONTINENCIA URINARIA? / DESCENSO O SALIDA DEL ÚTERO / TRASTORNO DE LA PRÓSTATA / ¿HA VARIADO SU PESO?.

¿Usted o alguno de los miembros familiares presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad que no se encuentre relacionada en la lista anterior? **SI** **NO**

(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplie la información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda?)

	SI	NO	
¿Se encuentra en embarazo?			<ul style="list-style-type: none"> Registre su peso _____ Kg. y talla _____ Cms. Nombre los medicamentos que toma actualmente y la razón. (Amplie su respuesta en observaciones) Número de cigarrillos diarios que fuma _____
¿tiene programada o pendiente la práctica de alguna hospitalización o cirugía o examen médico?			
¿Participa en competencias deportivas?			
¿Padece de alguna dolencia no preguntada previamente?			
¿Se le ha negado, aplazado, reducido o modificado algún seguro de vida, accidentes o de salud?			
¿Se encuentra usted en estudio médico por cualquier razón?			
¿Va a ser sometido a alguna intervención quirúrgica o va a iniciar algún tratamiento médico?			
¿Ha sido alguna vez hospitalizado u operado?			

En caso de alguna respuesta afirmativa amplie su respuesta en observaciones

Observaciones: _____

La declaración sincera de todos los antecedentes médicos preguntados por medio de este cuestionario, es requisito y parte integrante del contrato, por lo que, cualquier retención en la información, puede hacer nulo el contrato, e impedir la indemnización de cualquier reclamación futura.

Autorizo de manera permanente irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera procese, conserve, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnica de seguros, y financiera y comercial mía desde el momento de solicitud de seguro a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas Bases de Datos.

Adicionalmente, autorizo expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas bases

de datos los aspectos que la Compañía considere pertinente en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

El seguro solicitado en esta aplicación no será efectivo hasta que sea aprobado por MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Por la presente autorizo en vida y además extensivo aún después de muerto, para que cualquier médico, clínica, hospital, Compañía de Seguros, Compañía de Medicina Prepagada, o Entidad Promotora de Salud (EPS) suministre a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. la información que requieran, relacionada con mi estado de salud o historia clínica.

Por lo anterior renuncio a cualquier norma de confidencialidad o de reserva sobre mi información médica.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: De acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima dentro del mes siguiente a su vencimiento producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura. Como constancia de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmamos el presente formulario.

Autorización de tratamiento de datos personales

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA) me ha informado de manera expresa y de carácter facultativo lo siguiente:

I. Autorización de tratamiento de datos personales a nivel nacional.

1. Finalidad del tratamiento de datos personales: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: **I)** El trámite de nuestra solicitud como vinculación como consumidores financiero, deudores, contrapartes contractuales y/o proveedores. **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)** Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. **VIII)** La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora. **IX)** Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. **X)** Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA. **XI)** Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. **XII)** Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. **XIII)** La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. **XIV)** 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. **XV)** Información relativa al estado de salud del propuesto asegurado encaminado a la verificación de los requisitos del seguro contratado. **XVI)** Captura de información personal en dispositivos móviles. **XVII)** Envío de mensajes de texto para la gestión de recudo en el seguro contratado. **XVIII)** Envío por correo electrónico de comunicaciones comerciales o comunicaciones encaminadas a la gestión integral del seguro contratado. **XIX)** Almacenamiento y conservación de huellas dactilares cuando sea necesario. **XX)** Almacenamiento de información en la nube.

Así mismo LA ASEGURADORA me ha informado expresamente que es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad y que los datos sensibles que se capturen, serán aquellos que estén cubierto en la definición de dato sensible de acuerdo a la Ley 1581 del 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 del 2013.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

2. Usuarios de la información: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: **i)** Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. **ii)** Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. **iii)** LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. **iv)** Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. **v)** FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

3. Derechos del titular de la información: Que como titular de la información, se garantiza los derechos previstos en la ley 1581 del 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder, circular o eliminar los datos personales.

4. Responsables y encargados del tratamiento de la información: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación, Tributaria (NIT): 860.002.398-5, Dirección Electrónica: www.metlife.com.co, Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co y Teléfono: 3581258 de Bogotá. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, trasmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Pisos 11 y 2, e-mail: fasecolda@fasecolda.com, Tel. 3443088 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Piso 11, e-mail: inverfas@fasecolda.com, Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: directoroperativo@inif.com.co, Tel.2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

5. Datos sensibles: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con al definición legal vigente. 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 que estén cubiertos en la definición de dato sensible de acuerdo a la Ley 1581 del 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 del 2013. En todo caso, para efectos del presente formulario se debe tener a consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

6. Datos personales de niños niñas y adolescentes: Que son Facultativas las respuestas a las preguntas donde se recolecte datos de Niños, Niñas y Adolescentes en concordancia con la Ley 1581 del 2012 y el Decreto reglamentarios 1377 del 2013, y en consecuencia no he sido obligado a responderlas.

Autorización: De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia nacional de los mismos, para las finalidades y en los términos antes mencionada en este documento.

II. Autorización de tratamiento de datos personales a nivel internacional


METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA) me ha informado de manera expresa:

1. Transferencias internacional de información a terceros países: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

2. Usuarios de la información: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados por las finalidades mencionadas, a: **i)** Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA.

Autorización: De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia internacional de los mismos, para las finalidades y en los términos mencionados en la Sección I en este documento.

La cobertura de este producto está amparada por MetLife Colombia Seguros de Vida S. A. mediante el clausulado: Código: 24/05/2019-1413-P-34-GEBVIGMUCCAU0001-DRCI
Detalle de coberturas, exclusiones y demás condiciones se encuentran en el texto de la póliza.

Firma Asegurado	Lugar y diligenciamiento	 MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma autorizada
	Fecha de diligenciamiento	
	Hora	