

Declaración de Asegurabilidad (Beneficios)

	Póliza No.	No. Certificado				
ı	Tomador	NIT o C.C.				

			Date	os del as	egurado p	rincipa	ı					
Nombres					rimer pellido				Segundo apellido		S	exo M F
Identificación C.C. T.I. C.E. No.		Fecha inicio de vigencia		M DD	Fecha de nacimiento	AA	MM	DD N	acionalidad	Luga	r de nacimi	ento
Estado civil Casado	Otro 0	Cual	- AA /	Peso		atura	M.	Cargo		Fecha c	le AA	MM DD
Ocupación		Su	ueldo		cción lencia					Ciuc		
Departamento	Teléfono(s) oficina			Teléfono(s) residencia				E-mail				
		Beneficiario	os del seg		da grupo y	/o acci	dente	s pers	onales			
Primer apellido	Segundo a	apellido	Pri	mer nomb	re	Seg	undo r	nombre	Identificac	ión Pai	rentesco	% Segur
	`			- 1								
						ь						
			Cue	stionario	de asegura	hilidad	1					
a. ¿Usted presenta o ha padecido de algún	síntoma signo tras	storno o enfermed:		Stionario				s familiar	es presenta o ha padecido	de algún síntom	a	
las siguientes áreas o sistemas corp específicamente preguntadas a continua	porales, o alguna			No _	signo	, trastorno	o enferm	nedad en	las siguientes áreas o sister ficamente preguntadas a con	mas corporales,		No
		o, por favor en e	el espacio adj	unto de obs								
(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplíe la Información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda Para Cada asegurado, teniendo en cuenta en cue												
EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) / ENFISEMA / BRONQUITIS CRÓNICA / ASMA / FIBROSIS PULMONAR / SILICOSIS / ASBESTOSIS / BULAS / ENFERMEDAD DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN / INFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLLADA O DE DIFÍCIL												
las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades Si No alguna de las enfermedades especificamente preguntadas a continuación? (En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplíe la Información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Exquierda?) EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) / ENFISEMA / BRONQUITIS CRÓNICA / ASMA / FIBROSIS PULMONAR / SILICOSIS / ASBESTOSIS / BULAS / ENFERMEDADES DEL CORAZÓN / ANEURISMAS / ENFERMEDAD CORONARIA / ARRITIMIAS / ENFERMEDAD DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN / INFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN PALEMENTOS / DEL CORAZÓN / INFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN PALEMENTOS / PREINFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMENTO / HIPERTENSIÓN PALEMENTOS / PREINFARTOS / PREINFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMENTO / HIPERTENSIÓN PALEMENTOS / PREINFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMENTO / HIPERTENSIÓN PALEMENTO / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMENTO / HIPERTENSIÓN PALEMENTO / HIPERTENSIÓN ARTERITIS REJUBATO / HIPERTENSIÓN ARTERITIS RE												
CEGUERA BILATERAL / DEGENERACIÓN	MACULAR/LUPUS	S ERITEMATOSO	/DISTROFIAS	ENFERMED.	AD DE PARKINS	ON /TEME	BLORES	/ DEMEN	CIAS / SECUELAS DE TRAU	MACRANEAL	PARÁLISIS	/ SÍNDROME
NEFRÍTICO Y/O NEFRÓTICO RENAL PRE NÚMERO DE CÉLULAS DE LA SANGRE /	INSUFICIENCIA RE	ENAL / TRASPLAN	NTES / PANCRI	EATITIS CRÓ	NICA / ENFERMI	EDADES IF	RREVERS	SIBLES / E	ENFERMEDADES AUTOINN	IUNES / AMPUT	ACIONES / L	.IMITACIONES
FÍSICAS / SECUELAS / OBESIDAD / SA GENITOURINARIAS / ENFERMEDADES D	EL TEJIDO CONJU	JNTIVO/TRASTO	RNOS MIELOP	ROLIFERATIV	/OS / SÍNDROMI	ANTIFOS	FOLÍPID	O/ENFE	RMEDADES INMUNOLÓGIO	AS/VÁRICES/	JUANETES	/CATARATAS/
HERNIAS / CÁLCULOS DE CUALQUIER T PREVIAS? / ¿PRESENTA VERRUGAS? / TU											AGULOS? /	FRACTURAS
¿Usted o alguno de los miembros	•		_								? SI	NO 🗌
(Er	i caso afirmativo				ervaciones, ar s, ubicación ar				nente para cada asegura erda?)	ido,		
0						S	I NO			12 ()		
¿Se encuentra en embarazo? ¿tiene programada o pendiente	la práctica de a	alguna hospita	alización o ci	rugía o exa	amen médico	?			gistre su peso	- 0 , -		Cms.
¿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? Número de cigarrillos diarios que fuma												
¿Se encuentra usted en estudio									as sigairmes alai			
¿Va a ser sometido a alguna inte ¿Ha sido alguna vez hospitalizad		rgica o va a ir	niciar algun 1	ratamiento	medico?							
		En caso de alg	juna respuesta	a afirmativa	amplíe su resp	uesta en	observa	ciones				
Observaciones:												
0.00011401011001												

Inclusión Modificación

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

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 constanda de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmamos el presente formulario.



INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN **DE ASEGURABILIDAD (Beneficios)**

1. Diligenciar todos los campos resaltados en el formato 2. Impresión del formato debe ser a doble cara

Datos del Asegurado principal

Datos completos del asociado

* Recuerde que en los campos de: Fecha de nacimiento y Fecha de empleo debe diligenciar en orden; Año, Mes, Día

Cuestionario de Asegurabilidad

Todos los campos son obligatorios:

- Aquí deberá consignar información referente a su estado de salud.
- La información aquí recibida, en ningún caso será razón para negar el crédito y la cual se manejará en absoluta reserva.

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 LAASEGURADORA, 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 sinjestros. 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 LAASEGURADORA. XI) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) v/o a la Dirección de Impuestos v 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 layado 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) Envió 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 LAASEGURADORA 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 LAASEGURADORA 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 LAASEGURADORA, 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 adolecentes:** 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:

- 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 LAASEGURADORA.

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 Secu

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 poliza.

	Lugar y diligenciamiento	
	Fecha de diligenciamiento AA MM DD	Cu
Firma Asegurado	Hora	

3/1-COL-ED05/2022



3

*** Firma: Firma del asociado, igual que en todos los documentos/ firma igual a la de la cédula.

*** Lugar, fecha y hora de diligenciamiento

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200 - servicio.cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co