



Declaración de Asegurabilidad (Beneficios)

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

☐ Inclusión

Póliza No.	No. Certificado
Tomador (Empresa a la cual perteneces)	NIT o C.C.

Datos del asegurado

Nombres			Primer apellido			Segundo apellido			Sexo		☐ M	☐ F	
Identificación	☐ C.C.	☐ T.I.	☐ C.E.	No.	Fecha de expedición del documento de identificación	☐ AA	☐ MM	☐ DD	Fecha de nacimiento	☐ AA	☐ MM	☐ DD	Nacionalidad
Ciudad de nacimiento	Estado civil		☐ Soltero	☐ Casado	☐ Otro	¿Cuál?			Peso	Kg.	Estatura	M.	Cargo
Ocupación	☐ Empleado	☐ Desempleado	☐ independiente	☐ Otro	¿Cuál?			Dirección residencia			Ciudad residencia		
Departamento residencia		Teléfono(s) oficina			Teléfono(s) residencia			Correo electrónico					

Beneficiarios del seguro de vida grupo y/o accidentes personales

Son aquellas personas a las que designas para recibir la indemnización de tu seguro en caso de que ya no estés.

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

* Parentesco: Relación familiar o personal que tiene esta persona contigo.

** % Seguro: Porcentaje de la suma asegurada que le designas a cada beneficiario. La suma total de la asignación de todos los beneficiarios debe sumar 100%.

Cuestionario de asegurabilidad

a. ¿Presentas o has 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, amplía 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 de Corazón/ Aneurismas/ Enfermedad Coronaria/ arritmias/ Enfermedades de las válvulas del corazón/ Infartos/ Preinfartos/ Insuficiencia cardiaca/ hipertensión arterial no controlada o de difícil tratamiento/Hipertensión Pulmonar/ Enfermedad cerebro vascular/ 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/ Trastornos de las articulaciones/ Ceguera o Sordera o disminución de la audición en uno o ambos ojos/Degeneración Macular/ Lupus Eritematoso/ Distrofias/ Enfermedades de Parkinson/ Temblores/ Demencias/ Secuelas de trauma craneal/ Parálisis/ Síndrome nefrítico o Nefrítico Renal presentes/ Cáncer de cualquier tipo/Tumores/ Leucemia/Linfomas/Anemias crónicas/ Mieloma/ Trastornos de la médula ósea/ Trastornos en el número de las células de la sangre/ Insuficiencia renal/ Trasplantes/ Pancreatitis crónicas/ enfermedades irreversibles/ enfermedades auto-inmunes/ Amputaciones/ limitaciones físicas/ Secuelas/ Obesidad mórbida/ Sangrados/ trastornos de la columna vertebral/ dolor lumbar crónico/ Disfonías o Afonías crónicas/ trastornos auditivos/ Hemorragias gastrointestinales o genitourinarias/ Enfermedades del tejido conjuntivo/ Trastornos reumáticos/ Trastornos mieloproliferativos/ síndrome antifosfolípido/ Enfermedades inmunológicas/ vórices/ Juanetes/ Cataratas/ hernias/ cálculos de cualquier tipo/úlceras/Traumas nasales/desviación del tabique nasal/ Pterigios/ Malformaciones congénitas/Tendencia a hacer coágulos/ Fracturas previas/ Presenta verrugas/ Tumores de piel/ incontinencia urinaria/descenso o salida del útero/ Trastornos de la próstata/ ¿Haz variado tu peso, cuantos kilos? razones? Sufres o padeciste de alguna enfermedad no preguntada? Te encuentras en estudios de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional? Te encuentras en estudios o tratamientos médicos? Amplía las respuestas.

¿Tú o alguno de tus 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 de que tu respuesta sea afirmativa, ampliar en el campo de observaciones a qué miembro del grupo familiar corresponde el padecimiento.	

	SI	NO	
¿Te encuentras en embarazo?			
¿Tienes programada o pendiente la práctica de alguna hospitalización o cirugía o examen médico?			• Registra tu peso _____ Kg.
¿Participas en competencias deportivas?			y estatura _____ Cms.
¿Padeces de alguna dolencia no preguntada previamente?			• Nombra los medicamentos que tomas actualmente y la razón. (Amplía tu respuesta en observaciones)
¿Se te ha negado, aplazado, reducido o modificado algún seguro de vida, accidentes o de salud?			• Número de cigarrillos diarios que fumas _____
¿Te encuentras en estudio médico por cualquier razón?			
¿Vas a ser sometido a alguna intervención quirúrgica o vas a iniciar algún tratamiento médico?			
¿Has sido alguna vez hospitalizado u operado?			

En caso de alguna respuesta afirmativa amplía tu respuesta en observaciones, informando tu patología, los medicamentos que consumes y cualquier otro detalle de tu estado de salud

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 reticencia 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 técnico 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 este formulario no entrará en vigencia hasta que sea aprobado por MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Por este formulario 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.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SEGUROS COMERCIALIZADOS POR AGENCIAS, EB. APLICA PARA GSP

Con la firma de esta solicitud, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada, a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. (la "ASEGURADORA") a recolectar, almacenar, usar, suprimir, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, transferir o transmitir tanto a nivel local como a terceros países y disponer (el "Tratamiento") de mis datos personales, incluidos los sensibles. La presente autorización se hace extensiva a las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de la ASEGURADORA, a quien represente los derechos de la ASEGURADORA, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual.

1. Finalidades del Tratamiento de los datos suministrados:

I) El trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero; 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 y el lavado de activos y la financiación del terrorismo; V) La liquidación y pago de siniestros; VI) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; VII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora; VIII) Envío de información y gestión telefónica (Call Centers) 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; IX) 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; X) 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; XI) Almacenamiento y conservación de huellas dactilares; XII) Verificar el cumplimiento de los requisitos del seguro contratado, en particular aquella correspondiente al estado de salud del asegurado, incluyendo la revisión de la historia clínica de éste en vida o después de fallecido; XIII) Almacenamiento de información en la nube cuando sea necesario.

El Tratamiento podrá ser realizado directamente por la ASEGURADORA o por encargados del Tratamiento que ésta considere necesarios o designe, en el desarrollo de su objeto social,

para cumplir las finalidades antes mencionadas, entre los cuales a título enunciativo pero no limitativo se encuentran: el intermediario de seguros y reaseguros de la ASEGURADORA; 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, entre otros; los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; las personas con las cuales la ASEGURADORA y/o el intermediario de seguros adelanten gestiones para efectos de celebrar contratos de coaseguro o reaseguro; FASECOLD, 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.

2. Derechos del Titular: Como titular tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder a esta autorización y revocar la misma; solicitando también la eliminación de sus datos.

3. Responsables y Encargados del Tratamiento de la Información: El responsable del tratamiento de la información es la ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes:

NIT: 860.002.398-5

Dirección Electrónica: www.metlife.com.co

Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co

Teléfono: (601)3077049 en Bogotá.

4. La ASEGURADORA es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.metlife.com.co o solicitando una copia a servicio.cliente@metlife.com.co o en la líneas de atención (601)3077049 en Bogotá o 01 8000 912 200 a nivel nacional.

5. Datos Sensibles: Todas las respuestas aquí formuladas relacionadas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, no he sido obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

6. Si por alguna razón ha entregado a la ASEGURADORA información de otras personas, Usted certifica que tiene autorización para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de Datos de la ASEGURADORA.

La cobertura de este producto está amparada por MetLife Colombia Seguros de Vida S. A.

Detalle de coberturas, exclusiones y demás condiciones, las puedes encontrar en el detalle de tus productos: Vida Grupo Beneficios o Vida Grupo Voluntario.

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

En constancia, firma	el	del mes de	del año 20
Ciudad de diligenciamiento Fecha de diligenciamiento AA MM DD Firma C.C.			 MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma autorizada

Defensor del Consumidor Financiero:

Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano, Transversal 17 A Bis No. 36-60

Teléfono: (601)7518874, Celular: 3153278994, Fax: (601)7518874, Bogotá.

Correo electrónico: defensoriametlife@gmail.com

Suplente: Tulio Hernán Grimaldo León, Transversal 17 A Bis No. 36-60

Teléfono: (601)7518874, Celular: 3103343327, Fax: (601)7518874, Bogotá.

Correo electrónico: tgrimaldo@gmail.com.co