



# Solicitud Seguro de Vida Grupo Voluntario

- Inclusión**  
(En caso de ser cliente nuevo)
- Modificación**  
(Si ya eres el cliente, y quieres realizar una modificación)

Póliza No. <b>2007126</b>	No. Certificado
Tomador (Empresa a la cual perteneces) Fondo de empleados del grupo Bancolombia	
Nit o C.C. <b>890901502-1</b>	
Frecuencia de pago <b>Mensual</b>	Fecha de solicitud

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

## Datos del asegurado principal - Estos datos son obligatorios.

Nombres		Primer apellido	Segundo apellido	Género al nacer	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál					
Cargo	Fecha de empleo	AA	MM	DD	Ocupación	Sueldo						
Dirección residencia	Ciudad			Departamento		Teléfono(s) oficina						
Teléfono(s) residencia	E-mail			Ocupación cónyuge								

## Valor asegurado

Amparos	Empleado	
<b>Vida</b>	Debes Indicar el valor asegurado de acuerdo con tabla de planes que ampara cada cobertura.	
<b>Incapacidad Total y permanente</b>		
<b>Plan canasta</b>		
<b>Enfermedades graves</b>		
<b>Doble indemnización</b>		
<b>Prima Mensual</b>	En esta casilla deberás poner el valor a pagar mensual de acuerdo al plan que elegiste.	\$
<b>Prima total</b>	En esta casilla deberás poner el valor anual a pagar de acuerdo al plan que elegiste.	\$

## Grupo asegurado - En este espacio debes incluir las personas adicionales que quieres asegurar.

Parentesco	Nombre	C.C.	Fecha de nacimiento
<b>Empleado</b>			AA MM DD
			AA MM DD
			AA MM DD
			AA MM DD
			AA MM DD

Beneficiarios <sup>(1)</sup> del seguro del empleado (En su defecto se consideran los de Ley)			Beneficiarios <sup>(1)</sup> del seguro del cónyuge (En su defecto se consideran los de Ley)		
Nombres y Apellidos	% <sup>(2)</sup>	Parentesco <sup>(3)</sup>	Nombres y Apellidos	% <sup>(2)</sup>	Parentesco <sup>(3)</sup>

- (1) Los beneficiarios en caso de muerte del seguro del empleado o del cónyuge son aquellas personas a las que se designan para recibir la indemnización de tu seguro en caso de que ya no estés.  
 (2) Porcentaje de la suma asegurada que le designas a cada beneficiario. La suma total de la asignación de todos los beneficiarios debe sumar 100%.  
 (3) La relación afectiva o de consanguinidad que la persona tiene contigo.

## 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, amplíe 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 / APOPLEJIAS / 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 / ARTROSIS / 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 NEFRÓTICO 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 NASALES / 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?.

¿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 y cual fue.)

	SI	NO
¿Te encuentras en embarazo?		
¿Tienes programada o pendiente la práctica de alguna hospitalización o cirugía o examen médico?		
¿Participas en competencias deportivas?		
¿Se te ha negado, aplazado, reducido o modificado algún seguro de vida, accidentes personales o de salud?		
¿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?		
¿Padeces de alguna dolencia no preguntada previamente?		

- Registra tu peso \_\_\_\_\_ Kg. y estatura \_\_\_\_\_ Cms.
- Nombra los medicamentos que tomas actualmente y la razón. (Amplía tu respuesta en observaciones)
- Número de cigarrillos diarios que fumas \_\_\_\_\_

**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 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.

**Renovación automática:** Con la firma del presente documento, autorizo que la presente póliza sea renovada de manera automática. Igualmente declaro que conozco que el valor asegurado aumentará anualmente de acuerdo con el IPC del año inmediatamente anterior, y que el valor de la prima cambiará de acuerdo al comportamiento de la cuenta.

### Autorización de tratamiento de datos personales

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; 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.

**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](http://www.metlife.com.co)  
Correo Electrónico: [servicio.cliente@metlife.com.co](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co)  
Teléfono: 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](http://www.metlife.com.co) o solicitando una copia a [servicio.cliente@metlife.com.co](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co) o en la líneas de atención 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.

### Autorización, consulta y reporte a centrales de información y a bases de datos de seguros de vida.

Autorizo de manera permanente e irrevocable a la aseguradora o a quien represente sus derechos para que con fines de administración de riesgos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada la información del presente formulario y aquella derivada del contrato que se celebre o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y

manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato en el cual el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario declara conocer y aceptar en todas sus partes. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado, relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

**En constancia, firma** **el** **del mes de** **del año 20**

<p>_____ Firma Asegurado C.C.</p>	<p>_____ Firma Cónyuge C.C.</p>	<p>_____ Firma Asesor C.C.</p>	<p>MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma autorizada</p>
---	---	--	---

**Esta póliza se rige por las condiciones establecidas en el clausulado No. 24/05/2019-1413-P-34-GEBVIGMUCCAU0001-DRCI y sus demás anexos. Detalle de coberturas, exclusiones y demás condiciones se encuentran en el texto de la póliza.**