

☐ Inclusión

☐ Modificación

Póliza No.	No. Certificado
Tomador	Nit o C.C.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL									
Nombres EMMANUEL DAVID				Primer Apellido CASTRO			Segundo Apellido ALVEAR		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Identificación <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. No. 1.140.881.366		Fecha Inicio de Vigencia 2020 09 21		Fecha de Nacimiento 1995 10 18		Nacionalidad COLOMBIANO		Lugar de Nacimiento BARRANQUILLA / ATLANTICO	
Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		Peso Kg.		Estatura 1.67 M.		Cargo DESARROLLADOR		Fecha de Empleo 2020 09 01	
Ocupación DESARROLLADOR DE SOFTWARE		Sueldo 3.200.000		Dirección Residencia Cll 70 B # 34 - 43 Barrio Olaya Apto 2C Edificio				Ciudad BARRANQUILLA	
Departamento ATLANTICO		Teléfono(s) Oficina 6052523		Teléfono(s) Residencia 3014827686		E-mail cemmanuel58@gmail.com			

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 obser vaciones, 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 / 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 / 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 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?

¿SE ENCUENTRA EN EMBARAZO?	SI	NO	<ul style="list-style-type: none"><li>REGISTRE SU PESO ____ KG. Y TALLA 1.67 CMS.</li><li>NOMBRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE Y LA RAZÓN (Amplíe su respuesta en observaciones)</li><li>NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS QUE FUMA ____</li></ul>
¿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 amplíe 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 constanda 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:**

**1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor. 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.

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

**3. 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. ii) 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. 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 adelante gestiones para efectos de

celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) 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.

**4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

**5. DATOS SENSIBLES Y DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles y/o datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

**6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales.


**7. 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](http://www.metlife.com.co), Correo Electrónico: [servicio.cliente@metlife.com.co](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co), y Teléfono: 358 1258 de Bogotá. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) **FASECOLD** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: [fasecolda@fasecolda.com](mailto:fasecolda@fasecolda.com) Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) **INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: [inverfas@fasecolda.com](mailto: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, email: [directoroperativo@inif.com.co](mailto:directoroperativo@inif.com.co) Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

**AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el Tratamiento de mis datos personales y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

<b>1.140.881.366</b> FIRMA ASEGURADO	Lugar y Diligenciamiento				  MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma Autorizada
	Fecha de Diligenciamiento	2020	09M	21D	
	Hora				

**MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros**

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](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co) - [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)

MLVPC003-COL-ED1Q/2015