



# Clausulado Producto Cáncer Plus

## Póliza de Seguro de Accidentes Personales (DM)

### Condiciones Generales

21/06/2022-1413-P-31- PRODMETDMACPG001-D0001

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA", CON SUJECIÓN A TU DECLARACIÓN DE ASEGUROBILIDAD, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN TU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE FORMAN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS, TE OTORGA LA(S) COBERTURA(S) QUE SE DESCRIBE(N) A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONTENIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO:

#### 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE SEGURO?:

TU SEGURO NO TE CUBRIRÁ, CUANDO TU MUERTE O EL EVENTO OBJETO DE COBERTURA HAYA SIDO CONSECUENCIA:

1. DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN CORPORAL QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, O SEAN CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO OCURRIDO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

2. DE CUALQUIER ENFERMEDAD, VIRAL Y/O BACTERIANA, POR INFECCIONES PIÓGENICAS DERIVADAS DE CORTADURAS O HERIDAS ACCIDENTALES, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOLÓGICOS O DE RUTINA.

3. DE CUALQUIER TRASTORNO MENTAL, NERVIOSO O DEL SUEÑO.

4. DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PREVENTIVO O PALEATIVO DE VIH/SIDA, O POR CUALQUIER ACTIVIDAD RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD, ASÍ COMO POR LAS SECUELAS O CONSECUENCIAS DIRECTAS O INDIRECTAS DE ESTA ENFERMEDAD.

5. DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO O CUALQUIER LESIÓN INTENCIONALMENTE INFILGIDA A SÍ MISMO.

6. DE MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA MEDIANTE EL USO DE ARMAS DE FUEGO, CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES O ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, INCLUIDO TERRORISMO, SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PÉRDIDA.

7. DE PARTICIPACIÓN EN PELEAS O RIÑAS, SALVO EN LOS CASOS EN QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA.

8. DE PARTICIPACIÓN EN LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO U OTRO ACTO CONTRARIO A LA LEY.

9. DE MUERTE O LESIONES CORPORALES DURANTE LA PRÁCTICA DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO GENERADO POR UN HECHO ACCIDENTAL, SEAN O NO CAUSADAS POR UN ERROR DEL PERSONAL MÉDICO.

10. DE PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA EN GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO, MOTÍN, REBEL-

LIÓN, SEDICIÓN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SUSPENSIÓN DE HECHO DE LABORES, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

**11. DE ACCIDENTES, LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIACTIVA DERIVADA O PRODUCIDA CON MOTIVO DE HOSTILIDADES; ASÍ COMO EL USO DE ARMAS O MATERIAS Y SUSTANCIAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.**

**12. DE INTOXICACIÓN O ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS, SALVO CUANDO LOS MEDICAMENTOS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO AUTORIZADO Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.**

**13. ÚNICA Y EXCLUSIVA POR PRESTAR EL SERVICIO ACTIVO COMO MIEMBRO DE LAS FUERZAS MILITARES, POLICIALES, UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS, FUNCIONARIOS DE LA RAMA JUDICIAL Y FISCALES. SI EL ACCIDENTE NO FUE OCASIONADO COMO CONSECUENCIA DEL SERVICIO ACTIVO EN DICHAS INSTITUCIONES, SE ENTIENDE CUBIERTO AL ASEGURADO.**

**14. ÚNICA Y EXCLUSIVA DEL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: PILOTO CIVIL O COMERCIAL, COMERCIANTES, GANADEROS Y ADMINISTRADORES DE FINCAS, BOMBEROS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE CAMIONES, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, POLÍTICOS, MINEROS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS. SI EL ACCIDENTE NO FUE OCASIONADO COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE DICHAS ACTIVIDADES, SE ENTIENDE CUBIERTO AL ASEGURADO.**

**15. DE UN ACCIDENTE OCASIONADO A TRIPULANTES Y PASAJEROS EN HELICÓPTERO O CUALQUIER OTRO TIPO DE AERONAVE PRIVADA.**

**16. DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN EN ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS.**

**17. DE UNA CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS.**

COS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

## **2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE SEGURO?**

TU SEGURO TE CUBRIRÁ EN CASO DE QUE COMO ASEGURADO SUFRAS UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTE, QUE CAUSE TU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL.

**LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO(S), EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN CASO DE QUE HAYA LUGAR A COBERTURA.**

SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUceso IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL, ASEGURADO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE, DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAIS O EXTERNAS) O SU MUERTE.

LA MUERTE DEBERÁ OCURRIR DENTRO DE LOS 365 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES AL ACCIDENTE, EL CUAL DEBE SUCEDER DENTRO LA VIGENCIA DE LA POLÍZA.

EN CASO DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO, ES DECIR EN CASO DE QUE NO SE ENCONTRARA EL CUERPO DEL ASEGURADO, HABRÁ LUGAR A COBERTURA SI: I) LA MUERTE ES DECLARADA POR UNA AUTORIDAD JUDICIAL COMPETENTE, II) LA MUERTE FUE CAUSADA POR UN HECHO CATASTRÓFICO DE LA NATURALEZA COMO ES UN TERREMOTO, INUNDACIÓN O MAREMOTO O FUE CAUSADA POR UN HUNDIMIENTO, CAÍDA O NAUFRAGIO EN LOS MEDIOS DE TRANSPORTE TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

**PARÁGRAFO I.-** ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MAS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIerna Y UNA MANO SIMULTÁNEAMENTE.

**PARÁGRAFO II: SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMO DE PÉRDIDA ORIGINADO EN, O DONDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO DE CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA, SEA UN CIUDADANO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE, ALGÚN PAÍS CONTRA EL CUAL CUALQUIER LEY Y/O REGLAMENTO QUE SE APLIQUE A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A LA COMPAÑÍA, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O A ALGÚN OTRO BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA. SE ENTIENDE Y ACUERDA, ADEMÁS, QUE NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO QUE ES DECLARADO INCAPAZ DE RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A LA COMPAÑÍA, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.**

#### **3. EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA**

Las edades de ingreso y de permanencia serán las establecidas en el Certificado Individual de Seguro. En caso de que cumplas la edad máxima de permanencia durante la vigencia de la póliza o sus renovaciones, se conviene expresamente que el seguro continuará vigente hasta la finalización de la vigencia más próxima.

Podrán hacer parte del grupo asegurable, tu núcleo familiar conformado por tu cónyuge e hijos, siempre y cuando queden expresamente incluidos como asegurados en el Certificado Individual de Seguro.

La edad de ingreso y permanencia de tu cónyuge será la misma tuya mientras que para tus hijos, será de seis (6) meses de edad y hasta los veintitrés (23) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días, permaneciendo dentro del grupo asegurable hasta la edad de veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

#### **4. LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN**

Cuando tu póliza sea colectiva, se aplicará el concepto de límite agregado de indemnización, esto quiere decir que la suma ase-

gurada como límite agregado de indemnización que se estipula en el Certificado Individual de Seguro es el límite máximo de responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** por pérdidas derivadas de un solo evento.

Si el monto agregado de todas las indemnizaciones pagaderas por razón de la cobertura otorgada por esta póliza excede del límite agregado de indemnización, **LA COMPAÑÍA** no pagará el valor asegurado de cada persona; y a cada una de ellas pagará un porcentaje de su propio valor asegurado, correspondiente a la relación existente entre el límite agregado de indemnización y el monto de las indemnizaciones que serían pagaderas de no existir la cláusula del límite agregado.

#### **5. TÉRMINO PARA EL PAGO DE PRIMA**

El término y la periodicidad para que el Tomador de la Póliza pague la prima de tu seguro será acordado expresamente con **LA COMPAÑÍA**.

Recuerda que la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a **LA COMPAÑÍA** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

#### **6. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

Es importante que como asegurado declares de manera sincera y honesta los hechos que impactan tu estado del riesgo. La omisión u ocultamiento del verdadero estado del riesgo podrá generar la nulidad relativa del contrato de seguro y las sanciones establecidas en el Art. 1058 del Código de Comercio.

#### **7. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO**

Tú como Asegurado, o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. Por lo tanto, deberán notificar por escrito a **LA COMPAÑÍA** los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen una agravación del riesgo o variación de su identidad local.

Tu cambio de ocupación se considera como condición modificadora de los hechos o circunstancias que dieron lugar a la celebración del contrato. Por lo tanto, deberás notificar con antelación no menor a diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo.

go, si esta depende del ti o del Tomador. Si les es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo, **LA COMPAÑÍA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero sólo tú la mala fe la del Tomador darán derecho a **LA COMPAÑÍA** a retener la prima no devengada.

## **8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Te corresponde como asegurado designar tus beneficiarios del seguro. Cuando no los designes o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales los de ley. En cualquier caso, podrás modificar en cualquier momento la designación de éstos, la cual surtirá efecto a partir de la fecha de notificación a **LA COMPAÑÍA**.

La indemnización por tu fallecimiento se pagará a tus beneficiarios dentro del mes siguiente a la fecha en que se acremente, aun extrajudicialmente, la ocurrencia del siniestro.

**RECUERDA QUE LA MALA FE O FRAUDE (COMO DECLARACIONES FALSAS, DOCUMENTOS FALSOS O ENGAÑOSOS) EN LA RECLAMACIÓN DEL SEGURO, HARÁ PERDER EL DERECHO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

## **9. PRESCRIPCIÓN**

Recuerda que las acciones derivadas del contrato de seguros prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

## **10. REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

En cualquier momento podrás solicitar la revocatoria de la póliza. **LA COMPAÑÍA** también podrá revocar la póliza mediante aviso escrito con mínimo diez (10) días de antelación, en cuyo caso se te devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Cuando el seguro sea revocado por ti, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

## **11. TERMINACIÓN DEL SEGURO**

El presente seguro terminará por las siguientes causas:

- i. Por mora en el pago de la prima.
- ii. En el momento de dejar de pertenecer al grupo asegurado.
- iii. Cuando el Tomador de tu póliza o tú como asegurado (respecto de tu cobertura individual), manifiesten por escrito su intención de revocar o no renovar el presente seguro.
- iv. Por vencimiento de la vigencia y la no renovación del seguro.
- v. Cuando cumplas la edad máxima de permanencia enunciada en el Certificado Individual de Seguro.
- i. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o más valores asegurados que agoten el valor máximo del seguro.
- ii. Por la cancelación del medio de pago de la prima autorizado por ti, sin que éste haya sido modificado por otro válido.

## **12. COEXISTENCIA DE SEGUROS**

Como asegurado estarás obligado a informar por escrito a **LA COMPAÑÍA** los seguros de igual naturaleza que contrates sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda del valor real del interés asegurado.

En caso de que no lo haya notificado anteriormente, deberás declarar los seguros coexistentes a **LA COMPAÑÍA** al dar noticia del siniestro, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobser-

vancia maliciosa de esta obligación acarreará la pérdida del derecho de la prestación asegurada.

### 13. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO

El Tomador y/o Asegurado y los Beneficiarios deberán diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y se obligan a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, antes de su vinculación con **LA COMPAÑÍA**, en caso de cualquier actualización de información durante la vigencia de la póliza, de acuerdo con la periodicidad que establezca **LA COMPAÑÍA**, y en caso de siniestro.

### 14. NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en las presentes "Condiciones Generales", esta Póliza se regirá por las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

Recuerda que tienes a tu disposición el Defensor del Consumidor Financiero de MetLife Colombia. Consulta más información aquí: <https://www.metlife.com.co/nosotros/defensor-del-consumidor/>.

# Póliza de Accidentes Personales (DM) Amparo Adicional - Auxilio Exequial

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPEXDM02-D001

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN ADELANTE SE DENOMINARÁ “**METLIFE**”, TE OTORGARÁ LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y TUS DECLARACIONES. HABRÁ LUGAR A ESTA COBERTURA CUANDO EXPRESAMENTE SE HAYA INCLUIDO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO O EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA:

## 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE AMPARO?:

NO HABRÁ LUGAR A COBERTURA SI TU FALLECIMIENTO OCURRE COMO CONSECUENCIA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- POR FENÓMENOS DE LA NATURALEZA DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TEMPESTADES CICLÓNICAS, CAÍDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS Y TSUNAMI.
- POR ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD, MANIFESTACIONES, INSURRECCIONES, ASONADAS, MOTINES O TUMULTOS POPULARES, HECHOS DERIVADOS DE TERRORISMO O EXPLOSIONES.
- POR HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
- POR HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGÍA NUCLEAR RADIOACTIVA.

## 2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE SEGURO?:

**METLIFE** PAGARÁ A QUIEN DEMUESTRE HABER INCURRIDO EN LOS GASTOS DE SERVICIOS FUNERARIOS O SERVICIOS DE DESTINO FINAL, POR TU FALLECIMIENTO COMO ASEGUARADO PRINCIPAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA A LA QUE ACcede ESTE ANEXO Y NO POR UN EVENTO NO EXCLUIDO EN ESTE ANEXO, HASTA LA SUMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

## 3. OPERATIVIDAD DE LA COBERTURA:

- Este anexo opera bajo la modalidad de reembolso.
- Este anexo tiene los siguientes períodos de carencia:
  - Si el fallecimiento es consecuencia de cualquier enfermedad excepto cáncer, SIDA y las Enfermedades Graves que se precisan en el numeral 4 de este anexo, solo tendrá cobertura a partir del día cuarenta y seis (46) desde del inicio de vigencia del presente anexo.
  - A partir del día 181 desde del inicio de vigencia del presente anexo, habrá lugar a cobertura si el fallecimiento es consecuencia de las Enfermedades Graves excepto cáncer y SIDA.
  - A partir del día 366 desde del inicio de vigencia del presente anexo, habrá lugar a cobertura si el fallecimiento es consecuencia de cáncer y SIDA.

## 4. DEFINICIONES:

Las siguientes se consideran Enfermedades Graves:

- **Accidente cerebro vascular o apoplejía:** Se entiende como aquel complejo sintomático, secundario a patología vascular cerebral trombótica, embólico, oclusivo y/o hemorrágico, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales, que producen secuelas neurológicas por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

• **Insuficiencia renal:** Es la falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño real permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo trasplante renal.

• **Infarto al miocardio:** Se entiende como tal la muerte de un grupo de celular miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardiaco.

• **Trasplante de órganos vitales:** Se entiende como tal la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante).

## 5. APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA QUE ACCDE ESTE ANEXO:

Todos los demás términos, condiciones, exclusiones y/o estipulaciones del amparo básico son aplicables al presente Anexo y continúan sin modificarse.

Recuerda que tienes a tu disposición el defensor del consumidor financiero de MetLife Colombia. Consulta más información aquí: <https://www.metlife.com.co/nosotros/defensor-del-consumidor/>.

# Póliza de Accidentes Personales (DM) Amparo Adicional - Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPRDDM07-D001

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN ADELANTE SE DENOMINARÁ “**METLIFE**”, TE OTORGARÁ LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y TUS DECLARACIONES.

HABRÁ LUGAR A ESTA COBERTURA CUANDO EXPRESAMENTE SE HAYA INCLUIDO EN TU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

## 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE ANEXO?

**METLIFE** NO TE PAGARÁ UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. CUALQUIER EVENTO EXCLUIDO EN EL AMPARO BÁSICO AL QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

2. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO.

3. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA O CUALQUIER ENFERMEDAD RELACIONADA.

4. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIODIÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

5. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

6. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD QUE SUFRA EL ASEGURADO Y SEA ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO O TENGA COMO CAUSA O SEA UNA CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD ADQUIRIDA ANTES DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA OTORGADA POR EL PRESENTE ANEXO.

**PARÁGRAFO I.**- TENDRÁS COBERTURA POR ESTE ANEXO HASTA QUE CUMPLAS 65 AÑOS.

**PARÁGRÁFO II.** RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DE-

DUCIBLE, EL CUAL CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DEL ASEGURADO Y QUE ESTÁ REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EN PORCENTAJE) DE LA SUMA ASEGUARADA QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. EL VALOR SE ESTIPULARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

## 2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?

**METLIFE** TE PAGARÁ UNA RENTA DIARIA, HASTA POR EL LÍMITE ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE TE HOSPITALICEN A CAUSA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

EN EL EVENTO EN QUE FALLEZCAS DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, **METLIFE** LE PAGARÁ HASTA EL LÍMITE ASEGURADO A TUS BENEFICIARIOS.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, RELACIONADA CON EL EVENTO CUBIERTO. EL NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS A PAGAR POR ESTE CONCEPTO SERÁ DE DIEZ (10 DÍAS CONSECUTIVOS POSTHOSPITALARIOS, Y EL VALOR A PAGAR SERÁ EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE DICHA “RENTA DIARIA”. A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE MÍNIMO DE UN

(1) DÍA; A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE OTRA ALTERNATIVA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMНИZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN CUANDO TE REGISTRAN COMO PACIENTE DE UN HOSPITAL O CLÍNICA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, UTILIZANDO AL MENOS, UN (1) DÍA COMPLETO (24 HORAS) DE SERVICIO DE HABITACIÓN, ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA EN DICHA INSTITUCIÓN.

SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA CUANDO TE ENCUENTRAS RECEBIENDO ASISTENCIA HOSPITALARIA O CLÍNICA EN TU CASA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, REQUIRIENDO AL MENOS, UN (1) DÍA COMPLETO (24 HORAS) DE DICHA

ASISTENCIA. Dicha asistencia debe incluir recursos humanos, equipos y materiales hospitalarios que permitan realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados propios de hospitales y/o clínicas.

### 3. APLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente Anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.

Recuerda que tienes a tu disposición el defensor del consumidor financiero de MetLife Colombia. Consulta más información aquí: <https://www.metlife.com.co/nosotros/defensor-del-consumidor/>.

# Póliza de Accidentes Personales (DM) Amparo Adicional - Cáncer

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPCADM08-D001

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN ADELANTE SE DENOMINARÁ “**METLIFE**” O “**LA COMPAÑÍA**”, TE OTORGARÁ LA COBERTURA DESCRITA EN EL PRESENTE ANEXO, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y TUS DECLARACIONES.

HABRÁ LUGAR A ESTA COBERTURA CUANDO EXPRESAMENTE SE HAYA INCLUIDO EN TU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

## 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE ANEXO?

METLIFE NO TE CUBRIRÁ SI PADECES O SE TE DIAGNOSTICA CÁNCER, A CONSECUENCIA O RELACIONADO CON LO SIGUIENTE:

1. CUALQUIERA DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LA COBERTURA BÁSICA A LA QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

2. CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O ELASEGURADO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE ANEXO.

3. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ELLAS.

4. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), AMOTINAMIENTO, GUERRA CIVIL, O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL EN LOS PAÍSES QUE OPERA DICHA NORMA O ESTADO DE SITIO O ESTADO DE CONMOCIÓN INTERNA POR ORDEN DEL GOBIERNO O AUTORIDAD Y USO DE CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

5. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

6. LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTE EN REACCIÓN A EXPOSICIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE, O CONTAMINACIÓN RADIACTIVA, ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS, SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS DERIVADOS DE ESTE HECHO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

7. COMO CONSECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS, NEOPLASIAS MALIGNAS O DEMÁS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O AQUELLAS MANIFESTADAS EN LOS PACIENTES CON EXAMEN POSITIVO DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).

8. INTOXICACIÓN POR CUALQUIER AGENTE EXTERNO PUDIENDO SER: DROGAS, PESTICIDAS, VENENO O LICOR.

9. LESIONES INTENCIONALMENTE INFILRIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO (ESTÉ O NO EL ASEGUARADO EN SU SANO JUICIO).

- 10. CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESIÓN O ENFERMEDAD, DIFERENTE AL DEFINIDO EN LA CLÁUSULA DE COBERTURA DEL PRESENTE ANEXO.**
- 11. SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE SE RECLAMA ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLECIDA LA PERSONA ASEGURADA.**
- 12. COMIENZO O DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO. SON CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE ESTE ANEXO, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS.**
- 13. DIAGNÓSTICO DE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA, EFECTUADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DELASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO SEA O NO MÉDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.**
- 14. DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR PRÁCTICAS DIFERENTES A LA MEDICINA ALOPÁTICA U OTROS PRESTADORES DE SALUD NO ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA, O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.**
- 15. LOS EVENTOS A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD MENTAL.**
- 16. TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.**
- 17. NO SE CUBRE LA INDEMNIZACIÓN A LAS PERSONAS QUE OBRAN EN CALIDAD DE DONANTES.**
- 18. POR CÁNCER NO INVASIVO O EL CÁNCER EN ESTADO IN SITU, LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DEBIDOS A O COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LOS CÁNCERES DE LA PIEL.**
- 19. ALCOHOLISMO SEA ESTE DIAGNOSTICADO O NO, ENTENDIÉNDOSE COMO EL CONSUMO HABITUAL CONDUcente AL DESARROLLO DE ALGUNA ENFERMEDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA, DROGADICCIÓN, USO DE SUSTANCIAS NARCÓTICAS O ESTUPEFACientes Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.**
- 20. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V.). Y SUS COMPLICACIONES NEOPLÁSICAS.**
- 21. EL RECLAMO ORIGINADO EN, O DÓNDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO DE CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA, SEA UN CIUDADANO DEL GOBIERNO DE ALGÚN PAÍS CONTRA EL CUAL CUALQUIER LEY Y/O REGLAMENTO QUE SE APLIQUE A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A LA COMPAÑÍA, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O A ALGÚN OTRO BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA. NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO QUE SEA DECLARADO INCAPAZ DE RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A LA COMPAÑÍA, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.**
- 22. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO, QUE SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE UN VIAJE EN, A, O A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PAÍSES: AFGANISTÁN, CUBA, REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, IRÁN, IRAQ, LIBERIA, SUDÁN O SIRIA.**

## **2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?**

ESTE ANEXO TE CUBRE SI DURANTE EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA DE ÉSTE, TE DIAGNOSTICAN **POR PRIMERA Y UNA SOLA VEZ** (INDEPENDIENTE DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS) CÁNCER.

ADICIONALMENTE, SE DEBERÁN CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. **METLIFE** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ACEPTAR, RECHAZAR O OMITIR CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. LA SEGUNDA OPINIÓN SERÁ SOLICITADA DE COMÚN ACUERDO A UN MÉDICO DE LA

**RED MÉDICA DE METLIFE U OTRO PROFESIONAL MÉDICO RECONOCIDO EN LA ESPECIALIDAD.**

**2. QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO HAYA PASADO EL PERÍODO DE CARENCIA.**

**3. QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA A LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO, MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL SEGURO.**

**SE ENTIENDE POR:**

**CÁNCER:** LA PRESENCIA DE UNO O MÁS TUMORES MALIGNOS CARACTERIZADO POR UN CRECIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS INCONTROLABLE E INVASIVO, QUE PUEDE LLEGAR A COMPROMETER OTROS TEJIDOS ADYACENTES O DISTANTES DEL CUERPO. INCLUYE LA LEUCEMIA, LA ENFERMEDAD DE HODKING Y EL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBERÁ BASARSE EN EL RESULTADO HISTOLÓGICO POSITIVO PARA CÁNCER, CON EL RECURSO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA PRACTICADO POR UN LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO ESPECIALIZADO. ESTOS RESULTADOS DEBERÁN PONERSE A DISPOSICIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

**CÁNCER GENITAL FEMENINO:** CÁNCER DE VULVA, CÁNCER DE VAGINA, CÁNCER DE CUELLO UTERINO, CÁNCER DE CUERPO UTERINO, CÁNCER DE TROMPA UTERINA (TUBA) Y CÁNCER DE OVARIO QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO INCONTROLADO Y LA EXPANSIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO.

PARA QUE HAYA LUGAR A LA COBERTURA, EL TUMOR DEBERÁ PRESENTARSE EN LA VULVA, CUELLO UTERINO, CUERPO UTERINO, TROMPA UTERINA U OVARIO, ANTES DE QUE HAGA METÁSTASIS. LA DISPLACIA O CARCINOMA DETECTADO MEDIANTE UN PAPANICOLAU O UN EXAMEN DE SANGRE, DEBERÁ SER DIAGNOSTICADO POR UN GINECÓLOGO ONCÓLOGO Y DEBIDAMENTE CERTIFICADO POR UN INFORME HISTOPATOLÓGICO.

**CÁNCER DE MAMA:** CARCINOMA DE LA GLÁNDULA MAMARIA QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR SU CRECIMIENTO INCONTROLADO Y EXPANSIÓN DE

LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO.

SERÁ NECESARIO PRESENTAR UN INFORME HISTOPATOLÓGICO QUE CONFIRME EL DIAGNÓSTICO.

**LOS SIGUIENTES TIPOS DE CÁNCER Y TUMORES NO SE CUBREN:**

**a. CANCER DE LA PIEL QUE NO SEA MELANOMA MALIGNO EXCEPTO CUANDO TENGA ESPESOR MENOR DE 1.5mm O CON INVASIÓN MENOR A NIVEL 3 DE CLARK.**

**b. TUMORES EN ESTADO "IN SITU". LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES NCI-1, NCI-2, Y NCI- 3, LESIONES INTRAEPITELIALES, DISPLASIAS CERVICALES, YAQUELLAS LESIONES CONSIDERADAS POR COMPROBACIÓN HISTOLÓGICA COMO PRE-MALIGNOS O TUMORES BENIGNOS.**

**c. TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL.**

**d. TODOS LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS O ESPINOCELULARES DE LA PIEL, EXCEPTO CUANDO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE DISEMINACIÓN HACIA OTROS ÓRGANOS.**

**e. EL CARCINOMA DE KAPOSI Y TODO TUMOR RELACIONADO CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA.**

**f. LOS CÁNCERES DE LA PRÓSTATA QUE POR HISTOLOGÍA PERTENEZCAN A LA ETAPA T1 (INCLUYENDO TI (A) TI (B) DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM; O DE CUALQUIER OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.**

**g. LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.**

**3. LIMITACIONES**

**1. PERÍODO DE CARENCIA:** HABRÁ LUGAR A COBERTURA DESPUÉS DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO, SALVO QUE SE ESTIPULE ALGO DIFERENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUBRIÉNDOSE SOLAMENTE LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS CLÍNICAMENTE CON POSTERIORIDAD A DICHO TÉRMINO.

SI LA ENFERMEDAD ES DIAGNOSTICADA DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA, LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA** SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIM

MAS PAGADAS. NO SE APLICARÁ ESTA CONDICIÓN PARA LAS SUCESTIVAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA.

**2. PERÍODO DE SOBREVIVENCIA:** DESPUÉS DE CONFIRMADA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES, LOS PAGOS SE COMENZARÁN A REALIZAR DESPUÉS DE QUE EL ASEGUROADO HAYA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS.

**3. CONFLICTOS ENTRE OPINIONES MÉDICAS:** LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN ENTRE EL MÉDICO DE **METLIFE** Y DELASEGURADO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, SERÁN DE COMÚN ACUERDO, SOMETIDAS AL CONOCIMIENTO DE UN TERCER MÉDICO ELEGIDO POR AMBAS PARTES. EL CONCEPTO OFRECIDO POR EL PROFESIONAL SERÁ EL QUE ADOPTRÁN LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO.

**4. PAGO ÚNICO:** DESPUÉS DEL PAGO POR PARTE DE **METLIFE**, DE LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA POR EL PRESENTE ANEXO, COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN AMPARADA POR ESTE, CESARÁ TODA OBLIGACIÓN DE

PAGO POR PARTE DE **METLIFE** PARA CON EL ASEGURADO Y NO SE ACEPTARÁN RENOVACIONES POSTERIORES, INCLUSO SI SE EXCLUYERA EL PADECIMIENTO CUBIERTO DURANTE ALGUNA VIGENCIA ANTERIOR.

**5. COMPROBACIÓN DE SINIESTRO:** PARA COMPROBAR EL SINIESTRO **METLIFE** DETERMINARÁ PARA CADA ENFERMEDAD, LAS CONDICIONES MÉDICAS Y ESTABLECERÁ LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS.

**4. APPLICABILIDAD DE LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.**

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones generales de la póliza a la que accede el presente anexo, serán aplicables en lo que no sea contrario a la definición y naturaleza de éste.

Recuerda que tienes a tu disposición el Defensor del Consumidor Financiero de MetLife Colombia. Consulta más información aquí: <https://www.metlife.com.co/nosotros/defensor-del-consumidor/>.



## Solicitud de Seguro producto Cáncer Plus



Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Este certificado individual de seguros accede  
a la póliza matriz No. 1056066

Certificado No. \_\_\_\_\_

## Datos generales del tomador

COASSIST Ltda. NIT: 811.017.425-3

El tomador actúa por cuenta de sus clientes, titulares de la modalidad de las facturas de servicios públicos de la EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN NIT: 890.904.996-1

Fecha de diligenciamiento:	DD	MM	AAAA
Hora de diligenciamiento:			

## Datos generales del asegurado principal

No. de contrato EPM

ID Coassist

Correo electrónico

Nombres

Apellidos

Fecha de nacimiento

Sexo

Teléfono

DD

MM

AAAA

Tipo de identificación

No. de identificación

Celular

 C.C.  C.E.

Estado civil

Ocupación

Estrato

 Propia  Alquilada  Familiar M  F

Ciudad

Municipio

Barrio

Dirección

Coberturas

Valor asegurado

Código del plan

Muerte accidental sin homicidio

Cáncer

Auxilio por muerte accidental

Renta diaria por hospitalización

Prima mensual

## Beneficiarios

Nombre

Apellidos

Tipo de identificación

No. de identificación

Parentesco

%

Teléfono

Ciudad

## Condiciones aplicables a este seguro

## 1. Edades de ingreso:

- a. Para todas las coberturas desde los dieciocho (18) hasta sesenta y cinco (65) años más 364 días de edad.

## 2. Edades de permanencia:

- a. Para todas las coberturas edad permanencia hasta los setenta y uno (71) años más 364 días de edad.

3. Plazo para el pago de prima: La prima de este seguro deberá ser pagada por el asegurado, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes desde la fecha en que MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. defina se debe hacer el pago mensual de la misma, la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de seguros y dará derecho a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. para exigir el pago de la prima devengada y los gastos causados con ocasión de su expedición.

## 4. Vigencia: La vigencia del seguro es de doce (12) meses contados a partir de la cero (00:00) horas del día siguiente a la fecha del primer pago.

5. Incrementos de primas y valores asegurados: El valor que corresponde a la prima que se encuentra en la factura de servicio público tendrá incrementos anuales de conformidad con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) fijado por el DANE para el año inmediatamente anterior más tres (3) puntos. De la misma manera, el valor asegurado aumentará con el IPC del año inmediatamente anterior.
6. Revocatoria: Este seguro podrá ser revocado por el asegurado, en cualquier momento, mediante comunicación enviada a MetLife, conforme lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

## Autorizaciones y declaraciones

1. Beneficiario: Será el mismo asegurado o en su defecto, la persona designada libremente por el asegurado para los amparos de muerte. En caso de que la designación no se realice o sea ineficaz, tendrán esta calidad el cónyuge del asegurado, la mitad del esposo, y los herederos de éste en la vena mas. Así mismo, con la firma de este certificado individual de seguro, el asegurado acepta y autoriza a que la indemnización que deba ser pagada al beneficiario, tiene como condición el pago mensual de los servicios públicos a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN NIT: 890.904.996-1, hasta la fecha en que se agote la suma asegurada a ser reconocida por concepto de indemnización por parte de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

2. Renovación automática: En mi calidad de asegurado, con la firma del presente documento autorizo a la prima de acuerdo a la información previa e informada, la renovación anual de este seguro. Esta autorización se aplicara hasta tanto manifieste a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. mi intención de no continuar con la renovación del mismo, la cual podrá solicitar en Medellín a la línea de atención 444 3838 o enviando un correo a: servicioalcliente@coassist.com.co o a las líneas de atención que se relacionan en este documento.

3. Cobro de la prima: autorizo a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN NIT: 890.904.996-1, a cargar mensualmente, a la factura de servicios públicos asociada al número de contrato identificado en el encabezado de este documento, el valor correspondiente a la prima de seguro. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo de vigencia de este seguro y sus renovaciones.

4. Autorización de revocatoria por propietario: Con la suscripción del presente documento, autorizo y otorgo poder al propietario del inmueble para que en el momento que lo considere conveniente solicite la revocación unilateral del presente seguro en mi nombre. Así mismo declaro que cuento con la autorización del propietario para que la prima de este seguro sea cargada a la factura de servicios públicos.

## 5. Declaración de asegurabilidad:

1. ¿Ha padecido, o ha sido diagnosticado o está siendo tratado por: Cualquier tipo de cáncer, diabetes, enfermedades crónicas de la piel, cardiovasculares, cerebrovasculares, autonómicas, terminales; trastornos mentales, del movimiento o sensibilidad, enfermedades crónicas, enfermedad poliquística renal, inmunodeficiencias, trasplantes previos, trastornos de la coagulación, alcoholismo, consumo sustancias prohibidas, trastornos en los ojos diferentes a los que requieren lentes, trastornos auditivos o de la voz, enfermedades de carácter viral tipo hepatitis B o C, HIV positivo, SIDA.? Ha detectado o le han detectado alguna

 SI  NO

2. Alguna vez ha presentado discapacidad, pérdida anatómica o funcional de órganos o miembros, trastornos articulares, del túnel carpiano, del hombro, de la columna vertebral o de las rodillas, trastornos posttraumáticos, de ansiedad y depresión, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial o; presenta secuelas de algún accidente o intervención quirúrgica previa, o ha solicitado o recibido alguna indemnización por pérdida de la capacidad laboral? Ha sido evaluado o desea ser evaluado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez?

 SI  NO

3. Declaro que me ha sido informado que los amparos que se otorgan bajo este seguro no cubren condiciones preexistentes y que es mi obligación declarar sinceramente el estadio del riesgo, so pena de incurir en las sanciones por inexactitud o relato falso?

 SI  NO

6. Autorización para el 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 quienes represento 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. I. 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 gestión de la relación de cliente y la administración de la cartera de clientes; V) La elaboración de estudios técnicos-actuariales, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, análisis y 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. 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. **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: 860.002.395-5 Dirección Electrónica: HYPERLINK "http://www.metlife.com.co" www.metlife.com.co - Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co - Teléfono: (601) 3581258 en Bogotá o 018000 95 0303 a nivel nacional. **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 línea de atención 3581258 en Bogotá o 018000 95 0303 a nivel nacional. **5. Datos Sensibles:** Todas las respuestas aquí formuladas relacionadas con la salud, condiciones de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, no se hace 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.

**7. Condiciones Particulares.** NO OBSTANTE, LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECERÁN: **CONDICIÓN PRIMERA** - Indemnización adicional por auxilio por muerte accidental LA COMPAÑIA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL EN CASO DE QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMAS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. **CONDICIÓN SEGUNDA** - Cobertura Renta Diaria por Hospitalización, la cobertura tendrá un deducible de tres (3) días. Tendrá un periodo de espera de sesenta (60) días después de la afiliación. El periodo máximo de indemnización en caso de hospitalización y cuidados intensivos será de treinta (30) días. Se aplicarán las condiciones establecidas a continuación respecto a los períodos continuos de hospitalización: Los períodos de hospitalización y cuidados intensivos se considerarán separados si el periodo de hospitalización es menor a veinticinco (25) días y se cumple con un solo periodo continuo de hospitalización y serán indemnizados hasta el límite de tiempo de la cobertura contratado. Periodos sucesivos de hospitalización que provenguen de la misma lesión o enfermedad y que estén separados por períodos mayores de 90 días, se considerarán como distintos períodos de hospitalización: cada uno de estos será indemnizado hasta el límite previsto para el tiempo de cobertura, siempre y cuando cumpla las condiciones establecidas en el presente amparo. Si subsiguiente a un periodo de hospitalización el asegurado es hospitalizado nuevamente como resultado de una nueva lesión o enfermedad, se considera como un nuevo periodo de hospitalización continuo efectivo desde la fecha de hospitalización.

**CONDICIÓN TERCERA - Limitaciones Muerte accidental en su condición primera:** la limitación por ocupación establecida en el numeral 13 y 14 no aplica. **CONDICIÓN CUARTA - Exclusión de Cáncer en su condición segunda:** La exclusión 4 No aplica. La exclusión 8 no tendrá en cuenta la toxicidad por pesticidas o veneno. La exclusión 17 no aplica. **CONDICIÓN QUINTA - Exclusión de enfermedades en su condición tercera:** La exclusión 13 y 14 en su condición tercera no aplica. **CONDICIÓN SEXTA - Profesiones:** **CONDICIÓN SEXTA - Modificación del estado del riesgo en su condición tercera:** La modificación debe hacerse con antelación no menor a treinta (30) días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del Asegurado o del Tomador. Si le es extraña, dentro de los treinta (30) días desde el momento de la modificación, la condición de la persona que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. **CONDICIÓN SEPTIMA - Objeto del seguro y de la indemnización** Será el pago de: Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P., hasta agotar el 70% monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN OCTAVA - Grupo asegurable:** Los asegurados serán aquellos usuarios de los servicios públicos del sector residencial y comercial. **CONDICIÓN NOVENA - Vigencia de los amparos individuales:** La vigencia para cada asegurado será del certificado individual del seguro, declarando que el que el asegurado no ha cancelado su póliza y que el seguro sigue vigente. **CONDICIÓN DECIMA - Definición de beneficiario:** El asegurado autoriza y establece como beneficiario único a las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P., hasta agotar el 70% del monto de la suma asegurada destinado a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - Definición de usuario beneficiario:** Para los efectos del beneficio de la indemnización por causa de muerte del Asegurado, se entiende como usuario beneficiario a la persona natural designada en la solicitud de seguro, en nombre de quien LA COMPAÑIA pagará a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P., las facturas de consumo de los servicios públicos del sector residencial y/o comercial del inmueble anotado en el certificado individual de seguro, hasta agotar el límite pactado del 70% del valor asegurado. **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - Aviso de modificaciones:** En el evento de que el Asegurado requiera realizar modificaciones a su póliza, tales como cambio de dirección, estrato, cancelación, entre otras, deberá informar a la Oficina de Atención al Cliente de la Póliza, en el teléfono 60444438 38 38, donde se le informará el costo de la modificación. **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA - Pago de siniestros:** LA COMPAÑIA limita su obligación a indemnizar la suma asegurada pagada. Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P., hasta agotar el 70% monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - Seguros bajo el mismo plan Salvo aceptación expresa:** LA COMPAÑIA, se establece que un Asegurado podrá tener un máximo de tres (3) seguros para un mismo inmueble, siempre y cuando sean facturados independientes o podrá obtener tres (3) seguros para diferentes inmuebles. En el evento de encontrarse más de un seguro por un mismo servicio del mismo inmueble, LA COMPAÑIA, cubrirá el siniestro que corresponda al seguro más antiguo y devolverá las primas de los otros contratos suscritos erróneamente.

**PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES FAVOR DIRIGIRSE A LA CRA. 65 NO. 8B - 91 LOCAL 172, TERMINAL DEL SUR, TELÉFONO 604444 38 38 DONDE SE LE INFORMARÁ EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR Y LOS DOCUMENTOS NECESARIOS. ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.**

**8.** Mediante la firma del presente documento, declaro que he conocido las condiciones generales y particulares aplicables al presente seguro y de manera libre y voluntaria accepto adherirme a ellas.

La vigencia del seguro es de doce (12) meses contados a partir de las cero (00:00) horas del día siguiente a la fecha del primer pago. Esta póliza es de renovación automática, de acuerdo con la autorización que otorga el asegurado. Recuerde que para realizar cualquier trámite podrá comunicarse a la línea de atención 604-4443838 en Medellín o remitir un correo electrónico al siguiente correo: servicio.cliente@coassis.com.co

Canales para la presentación de peticiones, quejas o reclamos:

1. Líneas de atención al cliente: servicio.cliente@metlife.com.co  
Página Web: [https://www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)  
Línea de atención al cliente : 01 8000 912 200 o en Bogotá al (601) 307 7049.
2. Recuerda que tienes a tu disposición el Defensor del Consumidor Financiero de MetLife Colombia. Consulta mayor información aquí: <https://www.metlife.com.co/nosotros/defensor-del-consumidor/>.  
Defensor del Consumidor Principal: Manuel Guillermo Rueda.  
Defensor del Consumidor Suplente: Tulio Hernán Grimaldo León.  
E-mail: defensoriametlife@gmail.com

Este seguro se rige por los amparos definidos en el siguiente clausulado y anexos:

- Muerte Accidental Código clausulado: 1413-P-31-PRDMETOMACPG001-D0001
- Cáncer 1413-A-31-ANEXMETGAPCADM08-D001
- Auxilio por muerte accidental 1413-A-31-ANEXMETGAPEDM02-D001
- Renta Diaria x Hospitalización por Accidente o Enfermedad 1413-A-31-ANEXMETGAPRDMM07-D001

El cual podrá ser consultado en la página Web <https://bit.ly/3cRk2w7>  
Para mayor información sobre su seguro visite la página Web [www.coassis.com.co](http://www.coassis.com.co) o [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)

Yo	Nombre del asesor comercial		
Identificado con	CC	CE No.	De
			
Firma Autorizada			
Firma Asegurado	Huella	Cédula asesor	De
Ciudad	Teléfono		

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.  
Firma Autorizada

**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, en Bogotá (601) 307 7049 - servicio.cliente@metlife.com.co - [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)