



Clausulado Producto

Accidentes Personales Total

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 PROCEDI-

MIENTO 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, REBELIÓN, 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 RADIOACTIVA 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 TIENDE 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 TIENDE 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 ASI COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. 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 (INTERNA S 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 PIERNAY 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 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 asegurada 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, 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 sinistro.

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 inobservancia 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 - Desmembración por Accidente

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPDADM01-D001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUIEN ADELANTE SE DENOMINARÁ “**METLIFE**” O “**LA COMPAÑÍA**”, TE OTORGARÁ LA COBERTURA DESCRIPTA 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 EL VALOR ASEGURADO POR ESTA COBERTURA, SI LA DESMEMBRACIÓN SE DA COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER EVENTO EXCLUIDO EN EL AMPARO BÁSICO AL QUE ACCEDE ESTE ANEXO.

ASIMISMO, DEBERÁS TENER EN CUENTA QUE, EL TOTAL DE LA INDEMNAZIÓN POR ESTE AMPARO, POR UNO O MÁS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA QUE ACCEDE ESTE ANEXO, NO PODRÁ EN NINGÚN CASO EXCEDER EL CIEN POR CIENTO (100%) DEL MONTO ASEGURADO POR ESTE CONCEPTO, Y SERÁ DESCONTABLE DEL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ACCIDENTAL.

LA INDEMNAZIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA BÁSICA Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADO EL 100% DEL VALOR ASEGURADO ESTABLECIDO POR DESMEMBRACIÓN, **LA COMPAÑÍA** QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DEL ASEGURADO.

2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?:

METLIFE TE PAGARÁ HASTA EL LÍMITE ASEGURADO DEL AMPARO DE DESMEMBRA-

CIÓN, EXPRESAMENTE SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN CASO DE QUE SUFRAS UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y ESTE CAUSE UNA DESMEMBRACIÓN.

EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

METLIFE TE PAGARÁ EL VALOR QUE RESULTEN LUEGO DE APLICAR AL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, LOS PORCENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE LISTAN, CUANDO CONCURRAN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. EL EVENTO ESTÉ CUBIERTO E INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.
2. ESTÁ ACORDE CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN.
3. SI DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE HAYAS SUFRIDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), QUE HAYAN DADO LUGAR A UNA DESMEMBRACIÓN DE LAS DESCRIPTAS EN LA SIGUIENTE TABLA:

PÉRDIDA	PORCENTAJE INDEMNIZACIÓN
100%	EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE LOS OJOS, DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNAS), DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZOS), DE LAS DOS MANOS, DE LOS DOS PIES, DE UNA MANO O BRAZO Y UNA PIerna.
100%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DEL HABLA.
50%	POR LA PÉRDIDA DE UNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES (BRAZO), DE UNO DE LOS MIEMBROS INFERIORES (PIERNA), DE UNA MANO.
50%	POR LA PÉRDIDA TOTAL Y PERMANENTE DE LA AUDICIÓN.
50%	POR CEGUERA TOTAL DE UN OJO EN CASO DE QUE EL ASEGURADO(A) YA HUBIERA TENIDO CEGUERA TOTAL DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.
40%	POR LA PÉRDIDA DE UN PIE
35%	POR CEGUERA TOTAL DE UN SOLO OJO
25%	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO YA HUBIERA TENIDO SORDERA COMPLETA DEL OTRO, ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO.
20%	POR LA PÉRDIDA DE UN PULGAR.
15%	POR LA PÉRDIDA DE UN ÍNDICE.
13%	POR LA SORDERA COMPLETA DE UN OÍDO.
5%	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE CUALQUIERA DE LOS DEMÁS DEDOS DE LA MANO.
3%	PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DEL PIE.

- LA PÉRDIDA DE CADA FALANGE SE CALCULARÁ EN FORMA PROPORCIONAL.
- LA INDEMNIZACIÓN POR LA PÉRDIDA TOTAL O PARCIAL DE VARIOS DEDOS, SE DETERMINARÁ SUMANDO EL PORCENTAJE ASIGNADO A CADA UNO DE LOS DEDOS Y/O FALANGES PÉRDIDOS, SIEMPRE QUE

NO SE SUPERE EL MONTO TOTAL ASEGURADO POR ESTE AMPARO.

- LA PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL Y ABSOLUTA DE CUALQUIER MIEMBRO, SE CONSIDERARÁ COMO PÉRDIDA EFECTIVA DEL MISMO.
- EN CASO DE QUE OCURRA MÁS DE UN (1) SINIESTRO DURANTE EL AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN SE CALCULARÁN CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO Y NO EN EL SALDO DE ÉSTE DESPUÉS DE HABER EFECTUADO OTROS PAGOS.

Para efectos de este Anexo, deberá entenderse por desmembración o pérdida, la separación completa por amputación, o la inutilidad total por impotencia funcional que puede ser:

- Real amputación o pérdida funcional de la mano a la altura o por arriba de la articulación de la muñeca, o del pie a la altura o por arriba de la articulación del tobillo.
- Real amputación o pérdida de los dedos índice o pulgar a la altura o por arriba de la articulación que une a éstos con la palma de la mano.
- Pérdida total e irrecuperable de la visión.
- Pérdida total e irrecuperable del habla.
- Pérdida total e irrecuperable de la audición.

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 - 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 ASEGURADO 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 células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco.

• **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 ACCEDE 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

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPRDDM03-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 EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. CUALQUIER EVENTO EXCLUIDO EN EL AMPARO BÁSICO AL QUE ACcede ESTE ANEXO.
2. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O CUALQUIER ENFERMEDAD RELACIONADA.
3. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO.
4. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

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

PARÁGRÁFO II. RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DEDUCIBLE, EL CUAL CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DELASEGURADO Y QUE ESTÁ REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EN PORCENTAJE) DE LA SUMA ASEGUROADA 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.

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 INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESCIENTOS 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, ALIMENTA-

CIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA EN DICHA INSTITUCIÓN.

SE ENTIENDE POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA CUANDO TE ENCUENTRAS RECIBIENDO 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 POLÍZA.

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 - Fracturas de Huesos

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPFHD05-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?

LA COMPAÑÍA NO TE CUBRIRÁ EN CASO DE QUE LA FACTURA SE CONFIGURE CON OCASIÓN DE ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

2. CUALQUIER FRACTURA OCASIONADA POR ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA DIAGNOSTICADA ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA QUE ACcede ESTE ANEXO.

3. CUALQUIER FRACTURA OCASIONADA POR Y/O COMO RESULTADO DE OSTEO-POROSIS.

4. CUALQUIER FRACTURA OCASIONADA POR DUELO, RIÑA, SALVO QUE SE TRATE DE LEGÍTIMA DEFENSA, ACTOS DE GUERRILLA, REBELIÓN, SEDICIÓN, MOTÍN, TERRORISMO, HUELGA O TUMULTO POPULAR EN QUE HUBIESE PARTICIPADO COMO ELEMENTO ACTIVO, REVOLUCIÓN, PARTICIPACIÓN EN EMPRESA CRIMINAL O APLICACIÓN LEGÍTIMA DE LA PENA DE MUERTE.

5. CUANDO LOS EVENTOS AMPARADOS SEAN CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN EN ENTRENAMIENTOS DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS.

6. FRACTURAS OCASIONADAS POR CUALQUIER ACTO TERRORISTA O TERRORISMO.

7. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGUrado EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS REMUNERADOS O QUE SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGUrado.

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

2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?

EN CASO DE QUE SUFRAS UNA FRACTURA EN ALGUNO DE LOS HUESOS QUE SE ENLISTAN EN ESTA CONDICIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE, DENTRO DEL TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA TE PAGARÁ EL VALOR QUE RESULTE LUEGO DE APLICAR AL VALOR ASEGUrado INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO CON LOS PORCENTAJES QUE SE ENLISTAN A CONTINUACIÓN:

Porcentaje de Indemnización	Hueso Fracturado
60%	Pierna (Fémur, Tibia, Peroné o cuello del pie)
50%	Brazo (Húmero, Radio, Cúbito o muñeca)
25%	Rótula

SI COMO CONSECUENCIA DE UN MISMO ACCIDENTE SE PRODUJERA MÁS DE UNO DE LOS RIESGOS CUBIERTOS, LAS INDENMIZACIONES A CARGO DEL ASEGUrado SE SUMARÁN. EN TAL CASO, LA INDENMIZACIÓN MÁXIMA A CARGO DEL ASEGUrado NO PODRÁ SUPERAR EL IM-

PORTE QUE SURGE DE APLICAR EL PORCENTAJE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN CONJUNTA SOBRE EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE AL PRESENTE ANEXO.

ESTE AMPARO CUBRIRÁ MÁXIMO 2 EVENTOS POR AÑO.

3. 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 APPLICABLES 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 Póliza de Accidentes Personales (DM)

Amparo Adicional - Quemaduras Graves

21/06/2022-1413-A-31-ANEXMETGAPQGDM06-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?

TU PÓLIZA NO TE CUBRIRÁ, EN CASO DE QUE SE CONFIGURE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. POR CUALQUIERA DE LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LA COBERTURA BÁSICA A LA QUE ACCDESTE ESTE ANEXO.
2. QUEMADURAS POR INSOLACIÓN COMO CONSECUENCIA DE LA EXPOSICIÓN NEGLIGENTE AL SOL.

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

PARÁGRÁFO II. RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DEDUCIBLE, EL CUAL CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DEL ASEGUROADO Y QUE ESTÁ REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EN PORCENTAJE) DE LA SUMA ASEGURADA 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.

CENTAJES QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN:

QUEMADURAS DE TERCER GRADO	
PORCENTAJE DE AFECTACIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL	CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO
MÁS DEL 27%	100% VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 18% Y EL 26%	80% VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 1% Y EL 17%	30% VALOR ASEGURADO

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO	
PORCENTAJE DE AFECTACIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL	CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO
MÁS DEL 27%	60% VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 18% Y EL 26%	48% VALOR ASEGURADO
ENTRE EL 1% Y EL 17%	18% VALOR ASEGURADO

ESTE AMPARO CUBRIRÁ MÁXIMO DOS (2) EVENTOS POR AÑO.

Se entiende por:

2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?

METLIFE TE PAGARÁ EN CASO DE QUE SUFRAS POR ACCIDENTE QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO, EN TODO O PARTE DE TU CUERPO, LAS SUMAS QUE RESULTEN DE MULTIPLICAR EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, POR LOS POR-

• **QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO:** Quemaduras que afectan a una profundidad más allá a la epidermis causando la formación de ampollas.

• **QUEMADURA DE TERCER GRADO:** Quemaduras que destruyen por completo todas las capas de la piel.

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

Todos los demás términos, condiciones y/o estipulaciones de las condiciones genera-

les 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 Cobertura Total Accidental



Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Este certificado individual de seguros accede
a la póliza matriz No. 1056065

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 MEDELLÍN NIT: 890.904.996-1		Fecha de diligenciamiento:	DD	MM	AAAA	
Datos generales del asegurado principal						
Número de contrato EPM	ID Coassist	Correo electrónico				
Nombres		Apellidos		Fecha de nacimiento		
				DD	MM	AAAA
Tipo de identificación	No. de identificación	Teléfono	Celular			
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.						
Sexo	Estado civil	Ocupación	Estrato	Uso Vivienda		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar		
Ciudad	Municipio	Barrio	Dirección			
Coberturas		Valor asegurado	Código del plan			
Muerte accidental con homicidio						
Desmembración accidental						
Auxilio por muerte accidental						
Reembolso de gasto médicos por accidente						
Renta diaria por hospitalización por accidente						
Fractura de huesos (extremidades)						
Quemaduras graves						
Prima mensual						

Beneficiarios

Nombre	Apellidos	Tipo de identificación	No. de identificación	Parentesco	%	Teléfono	Ciudad
Condiciones aplicables a este seguro							

- Edades de ingreso:**
 - Para todas las coberturas desde los dieciocho (18) hasta sesenta y cinco (65) años más 364 días.
- Edades de permanencia:**
 - Para todas las coberturas edad permanencia hasta los setenta y uno (71) años más 364 días de edad.
- 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 provocará 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, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1068 del Código de Comercio.
- 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.
- Indemnización de prima y valor de la póliza:** La prima que corresponda a la prima que se encuentra en la tarifa de servicios públicos 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 aumentara con el IPC del año inmediatamente anterior.
- Revocatoria:** este seguro podrá ser revocado por el asegurado, en cualquier momento, mediante comunicación enviada a MetLife, conforme a lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

Autorizaciones y declaraciones

- 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, en la mitad del seguro, y los herederos de la otra mitad. 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, tenga como destinatario el pago mensual de los servicios públicos a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN, sin perjuicio de que el beneficiario pueda solicitar la indemnización por parte de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
- Renovación automática:** En la calidad de asegurado, con la firma del presente documento autorizo, de manera previa e informada, la renovación anual de este seguro. Esta autorización se aplicará 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 dirección de atención 444 3838 o enviando un correo a: sevicioalcliente@coassist.com.co o a las líneas de atención que se relacionan en este documento.

- Cobro de la prima:** autorizo a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN 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 período de vigencia de este seguro y sus renovaciones.

- 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 cuenta con la autorización del propietario para que la prima de este seguro sea cargada a la factura de servicios públicos.

5. Declaración de asegurabilidad:

- 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 para laborar? SI NO

- 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 estado del riesgo, so pena de incurrir en las sanciones por inexactitud o relucencia. SI NO

- 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, suplir, compilar, integrar, unir, dar tratamiento, actualizar, transferir o transmitir tanto a nivel local como a tercero países y disponer (el "Tratamiento") de mis datos personales, incluyendo los sensibles, para el efecto de la ejecución de las obligaciones que asuma la ASEGURADORA en su calidad de proveedor de servicios o de matriz de la ASEGURADORA, a quien ésta delegue para el ejercicio de los mismos, así como a quien ésta delegue para el cumplimiento de sus obligaciones o a 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, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica y estadística; VIII) Envío de información a las autoridades competentes y a las entidades reguladoras de acuerdo con las leyes y reglamentos de protección de datos, 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 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 no podrá ser realizado directamente por la ASEGURADORA, por su parte, transferirá la ejecución de las finalidades establecidas en el contrato de seguro a su proveedor social, para cumplir las finalidades antes mencionadas. **2. Derechos del Titular:** Cualquier titular tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder a esta autorización y negarse a su manejo, 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: 680.002.398-5 Dirección Electrónica: HYPERLINK "http://www.metlife.com.co" www.metlife.com.co - Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co - Teléfono: (601) 3581258 en Bogotá. **4. LA SEGURODORA** es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.metlife.com.co o solicitando una copia en la Oficina de Atención al Cliente o en la línea de atención 3581258 en Bogotá o 018000 950303 a nivel nacional. **5. Datos Sensibles:** Todas las respuestas aquí formuladas referidas a personas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, no se ha sido obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento. **6. Si** por alguna razón ha entregado a la **SEGURODORA** 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 **SEGURODORA**.

7. Condiciones Particulares: NO OBSTANTE, LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPELLE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECIERAN: **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 PERSONAASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. **CONDICIÓN SEGUNDA** - Cobertura Renta Diaria: La COMPAÑIA pagará a los beneficiarios una cantidad diaria establecida en el contrato, durante la duración de la hospitalización, en caso de que el asegurado sea indemnizado en caso de hospitalización en cuidados intensivos es de treinta (30) días. Se aplican las condiciones enunciadas a continuación respecto a los períodos continuos de hospitalización: Los períodos sucesivos de hospitalización que provengan de la misma lesión o enfermedad y que estén separados por períodos menores de noventa (90) días calendario, constituirán un solo período continuo de hospitalización y serán indemnizados hasta el límite de tiempo de la cobertura contratada. Períodos sucesivos de hospitalización que provengan de la misma lesión o enfermedad y que estén separados por períodos mayores de 90 días, 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 período de hospitalización el asegurado es hospitalizado nuevamente por la misma causa o enfermedad, se considera como un nuevo período de hospitalización efectivo a partir de la fecha de hospitalización.

CONDICIÓN TERCERA: No se aplica las siguientes condiciones a aquellos que no sean profesionales: **CONDICIÓN CUARTA** - Modificación al resto de las condiciones particulares de acuerdo a lo establecido en la modificación de la póliza, la cual deberá 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 siguientes a aquél en que tiene conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. **CONDICIÓN QUINTA** - 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 SEXTA - Grupo asegurable Los asegurados serán aquellos usuarios de los servicios públicos del sector residencial y comercial, cuya factura de cobro sea expedida por las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P. **CONDICIÓN SEPTIMA** - Vigencia de los servicios públicos: La vigencia para cada servicio es la del contrato individual del seguro, adquirido por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. El pago en caso de uso de las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLIN E.S.P. será la responsabilidad del asegurado.

CONDICIÓN OCTAVA - Definición de beneficiario de la póliza 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. El 30% del monto de la suma asegurada será destinado a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN NOVENA** - 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 quién 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 DECIMA - Límite de indemnización En el evento de que el asegurado resulte lesionado, la COMPAÑIA limita su obligación a indemnizar 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 SEGUNDA** - 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 para 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. **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA** - Exclusión muerte accidental No aplican la exclusión mencionada en el numeral 9.

CONDICIÓN DECIMA QUINTA - Levantamiento de cuadro de porcentajes de indemnización amparo de Fractura de Huesos No aplica cuadro de porcentajes de indemnización.

PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES FAVOR DIRIGIRSE A LA CRA 65 NO. 88- 91, LOCAL 172, TERMINAL DEL SUR, TELÉFONO 604 444 38 38 DÓNDE SE LE INFORMARÁ EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR Y LOS DOCUMENTOS NECESARIOS. ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA POLÍZA. -

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 604-44433838 en Medellín o remitir un correo electrónico al siguiente correo: servicio.cliente@coassist.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>

Línea de atención al cliente : 01 8000 912 200 o en Bogotá al (601) 307 7049.

2. Recuerda que tiene a tu disposición el **Defensor del Consumidor** Financiero de MetLife Colombia. Consulta mayor información aquí: <http://www.metlife.com.co/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- PRODEMOTDAMCPG001-D0001
- Desmembración Por Accidente: 1413-A-31-ANEXMETGAPDM01-D001

- Auxilio Exequial por Muerte Accidental: 1413-A-31-ANEXMETGAPEXDM02-D001

- Renta Diaria Por Hospitalización Accidental Código: 1413-A-31-ANEXMETGAPRDDM03-D001

- Fracturas de las extremidades superiores y/o inferiores Código: 1413-A-31-ANEXMETGAPHDM05-D001

- Reembolso De Gastos Médicos Por Accidente: 1413-A-31-ANEXMETGAPRGDM04-D001EI

- Quemaduras Graves 1413-A-31-ANEXMETGAPQGD06-D001

El cual podrá ser consultado en la página Web <https://bit.ly/3D9n4p0>

Para mayor información sobre su seguro visite la página Web www.coassist.com.co o www.metlife.com.co

Yo Identificado con <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No.	De	Nombre del asesor comercial	
		Cédula asesor	De
Firma Asegurado	Huella	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

Supervisión Financiera
De Colombia

VIGILADO