



Clausulado Vida Familiar Póliza de Vida Grupo (DM) Condiciones Generales

21/06/2022-1413-P-34-PRODUCTMETGVGM01-D001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA", CON SUJECIÓN A TU DECLARACIÓN DE ASEURABILIDAD, 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 PÓLIZA NO TE CUBRIRÁ, EN EL EVENTO EN QUE LA MUERTE HAYA SIDO CONSECUENCIA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.2. SUICIDIO O SU TENTATIVA, LAS LESIONES INFILRIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMÉNCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.3. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.4. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA, LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS.

1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILICITAS.

1.6. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES, OFICIOS O EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES PROFESIONES:

- DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

- POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICías O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL

VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA.

PARÁGRAFO PRIMERO: LA EXCLUSIÓN 1.4 SOLO APlicará DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL; DESPUÉS DE DICHO PERíODO, EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARÁGRAFO SEGUNDO: ESTE SEGURO NO TE AMPARARÁ SI YA TE HAN DIAGNOSTICADO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O HAS PÉRDIDO MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O DEL HABLA, O TENGAS UNA PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIerna Y UNA MANO SIMULTÁNEAMENTE.

PARÁGRAFO TERCERO: SI COMO ASEGURADO OSTENTAS O REALIZAS LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES ANTERIORMENTE DESCritas, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE EL NUMERAL 1.4 SE APlicará DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

PARÁGRAFO CUARTO: LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA COMPAñía QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A TU SEGURO DE VIDA.

2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE SEGURO?:

EN CASO DE QUE FALLEZCAS DURANTE LA VIGENCIA DE TU SEGURO POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, METLIFE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN TU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

3. EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

Edades de ingreso: Entre los 18 años y 64 años y 364 días.

Edades de permanencia: Hasta los 69 años y 364 días. Si cumples la edad máxima de permanencia durante la vigencia del seguro, esté terminará en la fecha de la finalización de la vigencia más próxima.

Estas edades podrán ser modificadas a través de condición particular, lo cual deberá quedar expresamente incluido en tu certificado individual de seguro.

Podrán hacer parte de tu grupo asegurable, el núcleo familiar conformado por tu cónyuge e hijos, siempre y cuando queden expresamente incluidos como asegurados en el certificado individual de seguro. En este caso, la edad de ingreso y permanencia de tu cónyuge será tú misma edad como asegurado principal, mientras que para tus hijos, será la siguiente: solo podrán ingresar quienes tengan más de 6 meses de edad y hasta los 23 años y 364 días, permaneciendo dentro del grupo asegurable hasta la edad de veinticuatro 24 años y 364 días.

4. INDEPENDENCIA DE LOS AMPAROS

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los amparos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en el certificado individual de seguro para cada uno de los amparos afectados.

5. DECLARACIONES SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

Como Asegurado te obligas a declarar sincericamente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según los cuestionarios que te sean propuestos por METLIFE. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por METLIFE, la hubieren retraído de celebrar el presente contrato, o inducido a establecer condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa de este Seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a cuestionarios determinados, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si tú como Asegurado o el Tomador de la Póliza han encubierto con culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

6. PAGO DE PRIMAS

Deberás pagar la prima de este seguro a más tardar dentro del plazo expresamente acordado con METLIFE o dentro los treinta (30) días calendario siguientes contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

El no pago de la prima dentro del plazo respectivo producirá la terminación automática del seguro y dará derecho a METLIFE para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de la póliza.

El pago extemporáneo de la prima no reactivará las coberturas de tu seguro. Si se realiza algún pago con posterioridad a la

terminación del seguro, METLIFE únicamente estará obligada a devolverte el valor pagado por fuera del plazo definido para el pago de la prima.

7. REAJUSTE DE VALORES

El valor asegurado y las primas de esta tu seguro están expresados en pesos colombianos y son los señalados en el certificado individual de seguro.

El valor asegurado y las primas correspondientes se ajustarán al aniversario de tu certificado individual de seguro utilizando la variación del índice de precios al consumidor, publicado por el DANE al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, salvo que se exprese algo diferente en el certificado individual de seguro.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de Vida Grupo entre el tomador y **METLIFE**, estos te serán comunicados en la respectiva renovación para tu aceptación. Esta comunicación te será enviada por escrito a la última dirección conocida por MetLife con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

8. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la carátula de la póliza, en el certificado individual, anexo o condición particular, el seguro se renovará anualmente de manera automática por un periodo igual al pactado, siempre y cuando el TOMADOR acepte la cláusula de renovación automática en la vigencia inicial.

9. BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Como Asegurado designarás a tus beneficiarios del seguro. En el evento en que esta designación sea ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tus beneficiarios serán los de ley.

Podrás modificar tus beneficiarios mientras tu seguro se encuentre vigente, a través de una comunicación dirigida a **METLIFE**. Dicho cambio solo surtirá efecto desde el momento en que **METLIFE** reciba la notificación.

10. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Podrás revocar unilateralmente este seguro en el momento en que lo deseas. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Por su parte, **METLIFE** solo podrá revocar los amparos adicionales o las asistencias, mediante aviso escrito enviado a tu última dirección conocida, con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso, **METLIFE** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **METLIFE** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los amparos ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

11. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Si tú o tus beneficiarios incumplen las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **METLIFE** solo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

Tú mala fe o la de tus beneficiarios, o el fraude en la reclamación, o en el proceso de demostración de la ocurrencia y cuantía del siniestro, les hará perder el derecho a recibir el pago de la indemnización.

12. PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECLAMACIONES (PRESCRIPCIÓN)

Quien tenga derecho a reclamar (tú o tus beneficiarios), cuenta con dos (2) años a partir del momento en que conoce o debe conocer la ocurrencia del siniestro. En todo caso, recuerda que tienen hasta máximo cinco (5) años desde la fecha de ocurrencia del siniestro para presentar la reclamación si no era posible que conocieran la ocurrencia de este en fecha anterior.

13. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Tu seguro y sus amparos adicionales terminarán automáticamente por las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima, según lo establecido en el certificado individual de seguro.
- Por tu solicitud de revocar o no renovar el seguro.
- Por vencimiento de la vigencia y no renovación del seguro.
- Cuando cumplas la edad máxima de permanencia.

- Por la cancelación del medio de pago autorizado por ti para el cargo y pago de la prima, sin que éste sea cambiado o reemplazado por otro válido.
- Por el no cumplimiento de los requisitos y normas del SARLAFT.

14. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO

Deberás diligenciar de manera honesta los formatos e información referente de SARLAFT al inicio de vigencia del seguro y en la periodicidad establecida por **METLIFE**. Asimismo, tus beneficiarios estarán obligados a diligenciarlos al momento del pago del siniestro. El no cumplimiento de los requerimientos exigidos por el SARLAFT será causal de terminación automática de la póliza y todos sus anexos.

15. OTRAS DISPOSICIONES:

1. En lo no previsto en este documento, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio colombiano y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

2. Se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza. El presente contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia y tiene como ámbito de cobertura el territorio colombiano.

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 Vida Grupo (DM) Amparo Adicional - Auxilio Exequial

21/06/2022-1413-A-37-ANEXMETGVGEXDM01-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 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 el 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 POLÍGUA 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 Vida Grupo (DM)

Amparo Adicional - Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad

21/06/2022-1413-A-34-ANEXMETGVGRDDM02-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 Y/O ENFERMEDAD EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

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

2. LA FORMACIÓN DE UNA HERNIA OCASIONADA POR UN ESFUERZO, BIEN SEA AGUDO O CRÓNICO.

3. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) QUE TE CUASE INTENCIONALMENTE OTRA PERSONA (HOMICIDIO O INTENTO DE HOMICIDIO) Y MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) OCASIONADAS POR HURTO Y/O HURTO CALIFICADO.

4. MUERTE O LESIONES CAUSADAS CON ARMAS DE FUEGO, CORTO PUNZANTES, EXPLOSIONES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LAS FUERZAS MILITARES, POLICIALES, UNIDADES AUXILIARES DE LAS MISMAS U ORGANISMOS JUDICIALES O FISCALIZADORES.

6. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS, SEAN ESTAS REMUNERADAS O NO REMUNERADAS, O QUE SEAN TU OCUPACIÓN PRINCIPAL.

7. COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO POR LA LEY PENAL O CONTRAVENCIONES O CUALQUIER ACTO CONTRARIO A LA LEY QUE PONGA EN PELIGRO TU INTEGRIDAD FÍSICA.

8. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMO PILOTO CIVIL O COMERCIAL O TRIPULANTE DE VUELO Y EL VUELO COMO PASAJERO EN HELICÓPTERO.

9. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS MIENTRAS TE ESTES SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICÓPTEROS).

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

11. MUERTE O LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) CAUSADAS DURANTE LA PRÁCTICA DE UN PROCEDIMIENTO MÉDICO GENERADO POR UN HECHO ACCIDENTAL O POR UN ERROR DEL PERSONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO

12. GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), GUERRA CIVIL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ALBOROTOS POPULARES, ASONADA, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN, INSURRECCIÓN, INVASIÓN, USO DE PODER MILITAR O USURPACIÓN DEL PODER MILITAR O RETENCIÓN ILEGAL DEL MANDO O USURPACIÓN DEL PODER DEL GOBIERNO.

- 13. CUALQUIER ACTO TERRORISTA O DE TERRORISMO.**
- 14. DEL USO INTENCIONAL DE FUERZA MILITAR PARA INTERCEPTAR, PREVENIR O MITIGAR CUALQUIER ACTO TERRORISTA, CONOCIDO O SOSPECHADO.**
- 15. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.**
- 16. DEL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, 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 EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.**
- 17. ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.**
- 18. LAS LESIONES O MUERTE POR DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, PARACaidISMO, PLANEADORES, RAFTING, KAYAKING, PUENTING, BUNGEE O CAÍDA LIBRE, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O PERSONAS QUE SE DEDIQUEN PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.**
- 19. 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.**
- 20. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.**
- 21. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRATICUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.**
- 22. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.**
- 23. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO.**
- 24. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.**
- PARÁGRAFO I.- RESPECTO DE ESTE ANEXO, LAS PARTES PODRÁN PACTAR UN DEUDICIBLE, 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 ASEGURADA QUE INVARIABLEMENTE SE DEDUCE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. EL VALOR SE ESTIPULA 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 POR CAUSA DE 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.**
- 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, ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA EN DICHA INSTITUCIÓN.**

3. APPLICABILIDAD 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/>.



Solicitud Seguro Vida familiar
Producto muerte por cualquier causa cobertura familiar



Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Este certificado individual de seguros accede
a la póliza matriz No. 2006793

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. Cuenta factura EPM	ID Coassist	Correo electrónico		
Nombres		Apellidos		Fecha de nacimiento
				DD MM AAAA
Tipo de identificación		No. de identificación		Teléfono
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.				Celular
Sexo		Estado civil		Ocupación
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Estrato
Ciudad		Municipio		Barrio
Coberturas		Valor asegurado		Cónyuge
Muerte por cualquier causa				Hijo
Auxilio por muerte por cualquier causa				
Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad				
Prima mensual familiar				Código del plan

Datos asegurados dependientes

Nombre	Apellidos	Tipo de identificación	No. de identificación	Parentesco	%	Fecha de nacimiento	Ciudad
				Cónyuge		DD MM AAAA	
				Hijo 1		DD MM AAAA	
				Hijo 2		DD MM AAAA	
				Hijo 3		DD MM AAAA	

Beneficiarios

Nombre	Apellidos	Tipo de identificación	No. de identificación	Parentesco	%	Teléfono	Ciudad
--------	-----------	------------------------	-----------------------	------------	---	----------	--------

Condiciones aplicables a este seguro

- Edades de Ingreso:**
 - Para muerte por cualquier causa, Auxilio por Muerte por Cualquier Causa: desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y ocho (68) años más 364 días.
 - Para renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad: entre los dieciocho (18) años y hasta los sesenta y cinco 65 años más 364 días.
 - Ingresos Hijos: desde uno (1) año hasta los veinticuatro (24) años más 364 días.
- Edades de Permanencia:**
 - Para muerte por cualquier causa, Auxilio por Muerte por Cualquier Causa: hasta los setenta y seis 76 años más 364 días.
 - Para renta diaria por hospitalización por Accidentes o Enfermedades: hasta los setenta y seis 76 años más 364 días.
 - Permanencia de los hijos veintiséis (26) años más 364 días.
- 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. define 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, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1068 del Código de Comercio.

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

5. **Incrementos de primas y valores asegurados:** El valor que corresponde a la prima que se encuentra en la factura de servicio 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 aumentará anualmente en un porcentaje igual al incremento 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

- 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 medida del seguro, y los herederos de ésta en 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 MEDELLIN NIT: 890.904.996-1.
- Renovación automática:** En mi 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 podré solicitar en Medellín a la línea de atención 444 3838 o enviando un correo a: servicioalcliente@coassist.com.co a las líneas de atención que se relacionan en este documento.

- 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 este seguro. Esta autorización permanecerá vigente durante el periodo 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 cuento con la autorización del propietario para que la prima de este seguro sea cargada a la factura de servicios públicos.

- Declaración de asegurabilidad:**

1. ¿Ha sido diagnosticado o está siendo tratado por: Cualquier tipo de cáncer, diabetes, enfermedades crónicas de la piel, cardiovasculares, cerebrovasculares, arterias periféricas, enfermedades 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? SI NO

2. ¿Alguna vez ha sufrido 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? 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 estado del riesgo, so pena de incurrir en las sanciones por inexactitud o restringencia?

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

obligaciones o su posición contractual. **1. Finalidades del Tratamiento de los datos suministrados:** I) El trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero; II) El proceso de negociación de contratos con la ASEGURADORA, incluyendo la determinación de prima 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 Seguros Sociales, así como la ejecución de procedimientos de reclamación y de general, estudios de técnicas de integración; VII) Envío de información y gestión telefónica (Call Centers) relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y soporte al compromiso de servicio, 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 regulaciones 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 establecidas en el punto anterior. **2. Datos Personales Típicos:** Cualquier tipo de información personal que contiene la ASEGURADORA, RELATIVA A LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, PARA UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMAS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE POLIZA. **CONDICIÓN SEGUNDA - Cobertura Renta Diaria por Hospitalización** I) La cobertura tendrá un deducible de tres (3) días. Tendrá un periodo de carencia de sesenta (60) días después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. El periodo máximo de indemnización 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 periodo continuo de hospitalización y será indemnizado hasta el límite de tiempo de la cobertura contratada. Períodos sucesivos de hospitalización que provengran 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 subsecuentemente a la fecha de hospitalización en caso de la misma lesión o enfermedad se vuelve a hospitalizar, se aplicará el deducible de tres (3) días. La cobertura de hospitalización continuó efectivo desde la fecha de hospitalización. En caso de hospitalización en caso el periodo máximo a indemnizar será de 364 días. De igual forma se reitera que el deducible establecido para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización es únicamente de un (1) día. **CONDICIÓN TERCERA - Exclusiones en su condición primera:** En los siguientes términos: Para la cobertura de vida solo aplicaría la exclusión 1.1. **CONDICIÓN CUARTA - Deducciones y Limitaciones:** La limitación de actividades, oficios y profesiones, establecida en su condición primera en el numeral 1.6. únicamente no aplica para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad. **CONDICIÓN QUINTA - Definiciones generales, los siguientes términos:** **TOMADOR:** Es la persona natural o jurídica que contrata el presente seguro. **BENEFICIARIO:** El asegurado autoriza y establece como beneficiario único a las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN 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. **DEFINICIÓN DE USUARIO BENEFICIARIO:** Para los efectos del beneficio de la indemnización por causa de muerte, invalidez permanente total o temporal, discapacidad permanente total o temporal, ceguera permanente total o temporal, sordera permanente total o temporal, y agravio permanente de las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN 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. **FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:** Es la fecha en la cual se origina el padecimiento que da lugar a la incapacidad total y permanente. **CONDICIÓN SEXTA - Revocación del contrato** Por la cual se modifica su condición décima, en los siguientes términos: LA COMPAÑIA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dirección conocida con 30 días hábiles de anticipación, en cuyo caso LA COMPAÑIA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. **CONDICIÓN SÉPTIMA - Objeto del seguro y de la indemnización** Será el pago de: 1. Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., hasta agotar el 70% monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. 2. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN OCTAVA - Grupos asegurables** 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 MEDELLÍN E.S.P. **CONDICIÓN NOVENA - Vigencia de los amparos** Los amparos serán de acuerdo a la vigencia de la póliza, hasta agotar el 70% del monto de la suma asegurada. **CONDICIÓN DÉCIMA - 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 por escrito o telefónicamente al teléfono 444 3838 dicha circunstancia o al correo electrónico serviciocliente@coassis.com.co **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - Pago de siniestros** LA COMPAÑIA limita su obligación a indemnizar la suma asegurada pagando: 1. Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., hasta agotar el 70% monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. 2. 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 - Seguro 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 y no posea obtener tres (3) seguros para diferentes inmuebles. En el evento de encontrarse más de un seguro para un mismo servicio del mismo proveedor, LA COMPAÑIA se reserva el derecho de cancelar el seguro más antiguo y devolverla las primas de los demás contratos suscritos por el asegurado.

PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMACIONES FAVOR DIRIGIRSE A LA CRA 65 No. 88 - 91, LOCAL 172, TERMINAL DEL SUR, TELÉFONO 604 44443838 DONDE SE LE INFORMARÁ EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR Y LOS DOCUMENTOS NECESARIOS. ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA POLIZA.

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 604-44443838 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 y obtén información aquí: <http://www.coassis.com.co/defensor-del-consumidor/>.

Defensor del Consumidor Principal: Manuel Guillermo Rueda.

Defensor del Consumidor Suplente: Túlio Hernán Grimaldo León.

E-mail: defensoriametlife@gmail.com

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

• Muerte por cualquier causa -1413-P-34-PRODUCTMETVGVM01-D001

• Auxilio por Muerte por Cualquier Causa -1413-A-37-ANEXMETVGEXDM01-D001

• Renta Diaria Por Hospitalización Accidental y/o Enfermedad

Código: -1413-A-34-ANEXMETGVGRDDM02-D001

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

Para mayor información sobre su seguro visite la página Web

www.coassis.com.co o www.metlife.com.co

Yo _____ Identificado con _____ CC _____ CE No. _____ De _____

Nombre del asesor comercial _____

Cédula asesor _____ De _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Huella _____

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