

Clausulado Producto Vida Total

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 SUJECCIÓN A TU DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, 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 INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA 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 COMPE-

TENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS.

1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

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 PERIODO, 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 sinceramente 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 estipular 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 devolvarte 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 desees. 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 incumples 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 periodos 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, embólica, oclusiva y/o hemorrágica, 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 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 OCACIONADA 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) OCACIONADAS 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 ESTÉS 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 MAS 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 SIQUIENTES 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 PRACTIQUE 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 DEDUCIBLE, 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 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 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, ALIMENTA-

CIÓN Y ATENCIÓN GENERAL DE ENFERMERÍA EN DICHA INSTITUCIÓN.

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 Vida Grupo (DM)

Amparo Adicional - Incapacidad Total y Permanente

21/06/2022-1413-A-34-ANEMETGVGITPDM03-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 TU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y EN TUS DECLARACIONES.

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

1. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?

SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE ANEXO, SUFRAS LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES NO PREEXISTENTES Y NO CAUSADAS POR TI, QUE DE POR VIDA TE IMPIDAN DESEMPEÑAR LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS A LOS QUE PUDIERAS ACCEDER SEGÚN TU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA, SIEMPRE Y CUANDO LA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, DE ACUERDO CON EL SIGUIENTE ALCANCE:

- **MANOS:** AMPUTACIÓN A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.
- **PIES:** AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA.
- **OJOS:** LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO, LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SERÁ LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL MAYOR O IGUAL AL 50% DE ACUERDO CON

LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, VIGENTE A LA FECHA DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ. LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DEBERÁ SER DICTAMINADA POR UNA JUNTA DE CALIFICACIÓN REGIONAL O NACIONAL, ARP O EPS Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA OCURRIDO MIENTRAS LA PÓLIZA SE ENCONTRABA VIGENTE, Y HAYA TRANSCURRIDO EL PLAZO MÍNIMO EN QUE TE ENCUENTRES INCAPACITADO.

2. DEDUCCIONES Y LIMITACIONES

LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE A LA COBERTURA BÁSICA Y POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, **METLIFE** QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO DE VIDA DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

POR LO ANTERIOR, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL PRESENTE SEGURO, CON FECHA EN EL CUAL SE ESTRUCTURÓ LA RESPECTIVA INCAPACIDAD.

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/>.

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

Código Clausulado: 21/06/2022-1413-P-34-PRODUCTMETGVGM01-D001
Nota Técnica: 21/06/2022-1413-NT-P-34-NTVGDMMETLIF0001

Póliza de Vida Grupo (DM)

Amparo Adicional - Enfermedades Graves

18/07/2022-1413-A-34-ANEXMETGVGEGDM05-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 LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y TUS DECLARACIONES. HABRÁ LUGAR A ESTA COBERTURA CUANDO EXPRESAMENTE SE HAYA INCLUIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE ANEXO?

METLIFE NO TE CUBRIRÁ SI PADECES O SE TE DIAGNOSTICA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES QUE SE DESCRIBEN MÁS ADELANTE, A CONSECUENCIA O RELACIONADA 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 EL ASEGURADO, 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 RESULTEN EN REACCIÓN A EXPOSICIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE, O CONTAMINACIÓN RADIATIVA, 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 MANIFIESTAS 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 INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO (ESTÉ O NO EL ASEGURADO 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.

Código Clausulado: 21/06/2022-1413-P-34-PRODUCTMETGVGM01-D001

Nota Técnica: 21/06/2022-1413-NT-P-34-NTVGDMMETLIF0001

TE ANEXO. SON CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRURÍA, 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 DEL ASEGURADO 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 CONDUCTENTE 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 DONDE 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.

23. CUANDO EL ASEGURADO TENGA DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O PRESENTE PÉRDIDA DE MÁS DEL 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.

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) LAS ENFERMEDADES QUE SE DESCRIBEN MÁS ADELANTE.

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 EMITIR 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 PERIODO DE CARENANCIA.

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.

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS:

1. INFARTO DEL MIOCARDIO:

ENTIÉNDASE POR TAL, LA NECROSIS O MUERTE CELULAR DE UNA ZONA DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADO POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ BASARSE TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO.
- ALTERACIÓN AGUDA EN EL TRAZADO ELÉCTRICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.
- ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS, (CK Y CK-MB) O PROTEÍNAS MIOCARDÍCAS (TROPONINA T).
- ESTUDIO DE RADIOISÓTOPOS DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN

2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:

CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE PRODUZCA TRASTORNOS NEUROLÓGICOS MOTORES Y SENSITIVOS QUE SE MANIFIESTEN Y DUREN POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS, Y QUE SUS SECUELAS PERMANEZCAN COMO MÍNIMO, 6 SEMANAS. DEBE EXISTIR NECROSIS DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA NO RELACIONADOS CON ACCIDENTES TRAUMÁTICOS VIOLENTOS POR IMPACTO EXTERNO.

DEBE COMPROBARSE CON PRUEBAS MÉDICAS QUE DEMUESTREN DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE TALES COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS.

3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFEC-

TUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN.

SE CUBRE ÚNICAMENTE LA INSUFICIENCIA RENAL QUE CAUSE UNA FALLA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES Y POR LO TANTO, GENERE LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL (DEBE SER CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO) O TRASPLANTE DE RIÑÓN.

4. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA:

SE ENTIENDE COMO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO LLEVADA A CABO PARA LA RECUPERACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO. DEBE SER PRODUCTO DE LA NECESIDAD EVIDENTE DE CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, SEGÚN EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y EL RESULTADO DE ESTA JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, DEBERÁ PONERSE A DISPOSICIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

5. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

CONSISTE EN LA COLOCACIÓN QUIRÚRGICA AL ASEGURADO, DE ÓRGANOS DE DONANTES HUMANOS, POR EL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE SUS PROPIOS ÓRGANOS. SE INCLUYE EN LA COBERTURA TRASPLANTE DE CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PANCREAS, RIÑÓN Y MÉDULA ÓSEA. EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO ÓRGANO, PARTES DE ÓRGANO, TEJIDOS O CÉLULAS ESTÁ EXCLUÍDA. PARA HACERSE EFECTIVA LA INDEMNIZACIÓN DEBE HABERSE EFECTUADO EN SU TOTALIDAD EL TRASPLANTE.

EL TRASPLANTE SE ENTIENDE PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.

NO SE CUBRE EL TRANSPORTE DE ISLOTES DE LANGERHANS.

6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

CORRESPONDE A LA ENFERMEDAD LENTAMENTE PROGRESIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARACTERIZADO POR ÁREAS DE DESMIELINIZACIÓN (PÉRDIDA DE LA MIELINA QUE RODEA A LOS NERVIOS EN EL CEREBRO Y EN LA MÉDULA ESPINAL), PRODUCIENDO UNA GRAN VARIEDAD DE SÍNTOMAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS COMO PARESTESIAS, DEBILI-

DAD O TORPEZA EN ALGUNA O VARIAS DE LAS EXTREMIDADES, TRASTORNOS VISUALES, TRASTORNOS EN LA MARCHA, ETC., A MENUDO CON PERÍODOS DE REMISIÓN Y EXACERBACIÓN.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER EFECTUADO POR PROFESIONAL MÉDICO CON ESPECIALIZACIÓN EN NEUROLOGÍA, CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA, EL EXAMEN FÍSICO DEL PACIENTE Y EXAMEN DEL LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO. DEBE DECLARARSE DIAGNÓSTICO CONFIRMADO Y MOSTRAR CAMBIOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA PERTINENTES, MANIFESTAR PARÁLISIS COMPLETA O PARCIAL, PARESTESIAS Y/O NEURITIS ÓPTICA. ADEMÁS, DEBE CARACTERIZARSE POR EPISODIOS DE EXACERBACIÓN Y REMISIÓN. NO SE ACEPTAN EL DIAGNÓSTICO DE CERTEZA POR UN PRIMER EPISODIO.

7. CÁNCER:

CONSISTE EN 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**.

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 BENIGNO.
- 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 T1 (A) T1 (B) DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM; O DE CUALQUIER OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.

g. LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.

8. PARÁLISIS:

PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN MOTORA Y SENSITIVA DE DOS MIEMBROS COMPLETOS, SUPERIORES O INFERIORES, COMO RESULTADO DE LESIÓN O ENFERMEDAD. LA DISCAPACIDAD DEBE SER PERMANENTE Y PROBADA CON EVIDENCIA MÉDICA PERTINENTE.

LAS CAUSAS DE LA PARÁLISIS, DEBEN AFECTAR LA CONDUCTIVIDAD DE LA MÉDULA ESPINAL POR SECCIÓN, COMPRESIÓN O DESTRUCCIÓN DE LA MISMA,

COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD SUFRIDAS. EL DIAGNÓSTICO Y LA DETERMINACIÓN DE LA PÉRDIDA FUNCIONAL PERMANENTE, DEBEN SER CERTIFICADOS POR UN MÉDICO Y HABERSE PRESENTADO, EN FORMA CONTINUA Y PERMANENTE, DURANTE LOS DOS (2) MESES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE PRESENTÓ INICIALMENTE LA PARÁLISIS.

EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR PRUEBAS FEHACIENTES DE LA CAUSA Y/O CAUSAS DE LA PARÁLISIS.

9. CEGUERA:

PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE. ESTA DEBE SER CONFIRMADA POR UN OFTALMÓLOGO Y LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS PERTINENTES.

10. QUEMADURAS DE TERCER GRADO:

QUEMADURAS DE TERCER GRADO (TODO EL ESPESOR DE LA PIEL) EN EL 20% DE EXTENSIÓN DE LA SUPERFICIE CORPORAL.

11. ESTADO DE COMA:

ESTADO DE INCONSCIENCIA CARACTERIZADO POR LA NO REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS, QUE PERISTAN CONTINUAMENTE Y QUE REQUIERAN DEL SOPORTE ARTIFICIAL DE VIDA POR UN PERIODO NO MENOR DE 96 HORAS Y QUE RESULTE EN ALGÚN TRASTORNO NEUROLÓGICO PERMANENTE DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS. EL COMA QUE RESULTE POR EL MAL USO DE ALCOHOL O DROGAS O EL COMA INDUCIDO MEDICAMENTE NO ESTÁ CUBIERTO.

12. REPLAZO O REPARACIÓN DE VÁLVULA EN EL CORAZÓN:

CIRUGÍA DE CORAZÓN ABIERTO PRACTICADA CON EL FIN DE REEMPLAZAR O REPARAR UNA O MÁS VÁLVULAS AFECTADAS DEL CORAZÓN.

3. LIMITACIONES:

1. PERIODO 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 UN TÉRMINO 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 PRIMAS PAGADAS. NO SE APLICARÁ ESTA CONDICIÓN PARA LAS SUCESIVAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA.

2. PERIODO DE SOBREVIVENCIA: DESPUÉS DE CONFIRMADA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES, LOS PAGOS SE COMENZARÁN A REALIZAR DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO 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 DEL ASEGURADO 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 ADOPTARÁN 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. 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/>.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Este certificado individual de seguros accede a la póliza matriz No. 2006792

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 las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN NIT: 890.904.996-1	Fecha de diligenciamiento:	DD	MM	AAAA
	Hora de diligenciamiento:			

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 por cualquier causa	
Incapacidad total y permanente por cualquier causa	
Auxilio por muerte por cualquier causa	
Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad	
Enfermedades graves (12)	
Prima mensual	

Beneficiarios

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

Condiciones aplicables a este seguro

- Edades de Ingreso:**
 - a. Para muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente, auxilio por muerte por cualquier causa: desde los dieciocho (18) hasta sesenta y ocho (68) años más 364 días
 - b. Para renta diaria por accidente o enfermedad y enfermedad grave hasta los sesenta y un años (71) más 364 días.
- Edades de permanencia:**
 - a. Para muerte por cualquier causa o incapacidad total y permanente, auxilio por muerte por cualquier causa hasta los ochenta (80) años más 364 días de edad.
 - b. Para renta diaria por accidente o enfermedad y enfermedad grave hasta los sesenta y un años (71) 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. 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, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 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.
- 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.
- 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 mitad del seguro, y los herederos de éste 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 destinación el pago mensual de los servicios públicos a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN NIT: 890.904.996-1, hasta el momento en que se agote la suma asegurada a ser reconocida por concepto de indemnización por parte de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
- 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 podrá solicitar en Medellín a la línea de atención 444 3838 enviando un correo a: serviciocliente@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 periodo de vigencia de este seguro y sus renovaciones.
- Autorización de revocador 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:**
 - ¿Ha padecido, le han diagnosticado o está siendo tratado por: Cualquier tipo de cáncer, diabetes, enfermedades crónicas de la piel, cardiovasculares, cerebrovasculares, autoinmunes, terminales, trastornos mentales, del movimiento o sensibilidad, enfermedades crónicas, enfermedad poliquística renal, inmunodeficiencias, trasplantes renales, trastornos de la coagulación, alcoholismo, consumo sustancial de 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
 - ¿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 postraumáticos, 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
 - ¿Ha sido evaluado, o desea ser evaluado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez? 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 retención.**
- 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 quien represente los derechos de la ASEGURADORA, a quien esté contrae para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. **Finalidades del Tratamiento de los datos suministrados:** I) El trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero. II) El proceso de negociación de compra del fraude y el lavado de activos y la financiación del terrorismo. III) La liquidación y pago de siniestros. VI) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. VII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora. VIII) Envío de información y gestión telefónica (Call Centers) relativa a la actividad 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) y las normas que lo modifican y las regulaciones aplicables. X) Consulta, administración, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos automáticamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial. XI) La liquidación y pago de siniestros. 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: 860.002.398-6 Dirección Electrónica: HYPERLINK "http://www.metlife.com.co" www.metlife.com.co - Correo Electrónico: servicio_cliente@metlife.com.co - Teléfono: (601) 3581 256 en Bogotá. 4. La ASEGURADORA es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.metlife.com.co o solicitando una copia a servicio_cliente@metlife.com.co en las líneas de atención 3581 256 en Bogotá o 018000 SE 0303 a nivel nacional. 5. **Datos Sensibles:** Todas las respuestas aquí formuladas relacionadas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, no he sido obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento. 6. Si por alguna razón ha entregado a la SEGURADORA 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 OBTANTE. 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 por Cualquier Causa LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA 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 DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA. **CONDICIÓN SEGUNDA - Cobertura Renta Diaria por Hospitalización:** La cobertura tendrá un deducible de tres (3) días. **ii)** tendrá un periodo de cobertura de sesenta (60) días después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. **iii)** El periodo máximo de indemnización en caso de hospitalización en cuidados intensivos será de treinta (30) días. **iv)** Se aplican las condiciones enunciadas a continuación respecto a los periodos continuos de hospitalización: Los periodos sucesivos de hospitalización que provengan de la misma lesión o enfermedad y que estén separados por periodos menores de noventa (90) días calendario, constituirán un solo periodo continuo de hospitalización y serán indemnizados hasta el límite de tiempo de la cobertura contratado. **v)** Periodos sucesivos de hospitalización que provengan de la misma lesión o enfermedad y que estén separados por periodos mayores de 90 días, se considerarán como distintos periodos 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 desde la fecha de hospitalización. **CONDICIÓN TERCERA - Exclusiones a la cobertura de muerte por cualquier causa en su condición primera:** solo aplicará la exclusión 1.1. **CONDICIÓN CUARTA - Exclusiones a la cobertura de Enfermedades Graves:** La exclusión 4 no aplica. La exclusión 8 no tendrá en cuenta la intoxicación por pesticidas o veneno. La exclusión 17 no aplica. **CONDICIÓN QUINTA - Deduciones y Limitaciones:** La limitación de actividades, oficios y profesiones, establecida en el numeral 1.6. del clausulado no aplica para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad. **CONDICIÓN SEXTA -** Definiciones generales: **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 del Asegurado, se entiende como usuario beneficiario a la persona natural designada en la solicitud de seguro, en nombre de quien LA COMPAÑÍA PAGARÁ 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 pedimento que da lugar a la incapacidad total y permanente. **CONDICIÓN SEPTIMA -** Definiciones de Enfermedades Graves cubiertas: la condición cuarta, numeral g, se modifica en los siguientes términos: La leucemia linfocítica o linfode crónica no queda excluida de la cobertura de cáncer. **CONDICIÓN OCTAVA -** Renovación Enfermedades Graves cubiertas: Mediante el pago de la prima que corresponda, esta póliza podrá ser renovada sin necesidad de someterse a una nueva aprobación por parte de LA COMPAÑÍA, cada vez que termine su vigencia, hasta que cumpla la edad de setenta y un (71) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días y siempre se realizará un nuevo cálculo sobre edad alcanzada. **CONDICIÓN NOVENA -** Revocación del contrato: LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dirección con 30 días hábiles de anticipación, en cuyo caso LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. **CONDICIÓN DÉCIMA -** Objeto del seguro y de la indemnización Será el pago de: 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. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA -** 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 MEDELLÍN E.S.P. **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA -** Vigencia de los amparos individuales: La vigencia para cada asegurado será la del certificado individual de seguro, aclarando que el que el amparo iniciará a las veinticuatro (24) horas del día en que el usuario de las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., canceló la respectiva prima mensual. **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA -** Aviso de modificaciones: En el evento de que el Asegurado requiera realizar modificaciones a su póliza, tales como cambio de dirección, astralo, cancelación, entre otras, deberá informar por escrito o telefónicamente al teléfono 604 444 3838 dicha circunstancia o al correo electrónico servicio_cliente@coassist.com.co **CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA -** Pago de siniestros LA COMPAÑÍA limita su obligación a indemnizar la suma asegurada pagando. 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. 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 COMPAÑÍA 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 inmueble, LA COMPAÑÍA, 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 604 4443838 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 acepto 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@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 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: Tulo 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-PRODUCTMETGVCM01-D001
- Incapacidad Total y Permanente: 1413-A-34-ANEXMETGVGTPDM03-D001
- Auxilio por Muerte por Cualquier Causa: 1413-A-37-ANEXMETGVGEXDM01-D001
- Renta Diaria por Hospitalización por Accidentes o Enfermedad: 1413-A-34-ANEXMETGVGRDM02-D001
- Enfermedades Graves: 1413-A-34-ANEXMETGVGEGDM05-D001

El cual podrá ser consultado en la página Web <https://bit.ly/3Tofz5d>
 Para mayor información sobre su seguro visite la página Web www.coassist.com.co o www.metlife.com.co

Yo	Identificado con	CC	CE No.	De	Nombre del asesor comercial	
					Cédula asesor	De
					Ciudad	Teléfono
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma Autorizada			Firma Asegurado	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MANIPULACION DE COLOMBIA