

# Clausulado Producto Cáncer Plus

## Póliza de Seguro de Accidentes Personales (DM)

### Condiciones Generales

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

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "**LA COMPAÑÍA**", CON 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 SEGURO NO TE CUBRIRÁ, CUANDO TU MUERTE O EL EVENTO OBJETO DE COBERTURA HAYA SIDO CONSECUENCIA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE SEGURO?:

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

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

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

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

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

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

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

### 3. EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

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

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

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

### 4. LÍMITE AGREGADO DE INDEMNIZACIÓN

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

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

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

### 5. TÉRMINO PARA EL PAGO DE PRIMA

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

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

### 6. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

### 7. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

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

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

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

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

## 9. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

## 10. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

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

## 11. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El presente seguro terminará por las siguientes causas:

i. Por mora en el pago de la prima.

ii. En el momento de dejar de pertenecer al grupo asegurado.

iii. Cuando el Tomador de tu póliza o tú como asegurado (respecto de tu cobertura individual), manifiesten por escrito su intención de revocar o no renovar el presente seguro.

iv. Por vencimiento de la vigencia y la no renovación del seguro.

v. Cuando cumplas la edad máxima de permanencia enunciada en el Certificado Individual de Seguro.

i. Cuando **LA COMPAÑÍA** pague la indemnización por la afectación de uno o más valores asegurados que agoten el valor máximo del seguro.

ii. Por la cancelación del medio de pago de la prima autorizado por ti, sin que éste haya sido modificado por otro válido.

## 12. COEXISTENCIA DE SEGUROS

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

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

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

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

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

### 14. NORMAS SUPLETORIAS

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

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

# Póliza de Accidentes Personales (DM)

## Amparo Adicional - Auxilio Exequial

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

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

### 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE AMPARO?:

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

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

### 2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE SEGURO?:

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

### 3. OPERATIVIDAD DE LA COBERTURA:

- Este anexo opera bajo la modalidad de reembolso.
- Este anexo tiene los siguientes 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 celular miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardiaco.
- **Trasplante de órganos vitales:** Se entiende como tal la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante).

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

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

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

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

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

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

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

## 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE ANEXO?

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

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

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

3. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA O CUALQUIER ENFERMEDAD RELACIONADA.

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

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

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

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

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

DUCIBLE, EL CUAL CORRESPONDE A LA PORCIÓN DEL RIESGO O DE LA PÉRDIDA QUE PERMANECE EN CABEZA DEL ASEGURADO Y QUE ESTÁ REPRESENTADO EN LA CANTIDAD (EN PESOS O EN PORCENTAJE) DE LA SUMA 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 A CAUSA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.

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

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

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

EL PERÍODO MÁXIMO A 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.

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

ASISTENCIA. DICHA ASISTENCIA DEBE INCLUIR RECURSOS HUMANOS, EQUIPOS Y MATERIALES HOSPITALARIOS QUE PERMITAN REALIZAR PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y CUIDADOS PROPIOS DE HOSPITALES Y/O CLÍNICAS.

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

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

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

# Póliza de Accidentes Personales (DM)

## Amparo Adicional - Cáncer

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

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

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

### 1. ¿QUÉ NO TE CUBRE ESTE ANEXO?

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

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

2. CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O 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. SON CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRURGÍA, 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 CONDUENTE 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 **COMPANÍA**, 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 **COMPANÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.

22. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO, QUE SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE UN VIAJE EN, A, O A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PAÍSES: AFGANISTÁN, CUBA, REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO, IRÁN, IRAQ, LIBERIA, SUDÁN O SIRIA.

## 2. ¿QUÉ TE CUBRE ESTE ANEXO?

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

ADICIONALMENTE, SE DEBERÁN CUMPLIR CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

1. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. **METLIFE** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ACEPTAR, RECHAZAR O 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 CARENCIA.

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

#### **SE ENTIENDE POR:**

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

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

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

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

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

LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO.

SERÁ NECESARIO PRESENTAR UN INFORME HISTOPATOLÓGICO QUE CONFIRME EL DIAGNÓSTICO.

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

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

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

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

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

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

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

g. LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.

### **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 ALGO DIFERENTE EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, CUBRIÉNDOSE SOLAMENTE LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS CLÍNICAMENTE CON POSTERIORIDAD A DICHO TÉRMINO.

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

MAS 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. 1056066

Certificado No.

**Datos generales del tomador**
**COASSIST Ltda. NIT: 811.017.425-3**

El tomador actúa por cuenta de sus clientes, titulares de la modalidad de las facturas de servicios públicas 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**

No. de contrato 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	Estrato
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Uso Vivienda
		<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar
Ciudad	Municipio	Barrio	
		Dirección	

**Coberturas**

Valor asegurado	Código del plan
Muerte accidental sin homicidio	
Cáncer	
Auxilio por muerte accidental	
Renta diaria por hospitalización	
Prima mensual	

**Beneficiarios**

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

**Condiciones aplicables a este seguro**

- Edades de ingreso:** 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 destino 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.
- Edades de permanencia:**
  - Para todas las coberturas desde los dieciocho (18) hasta sesenta y cinco (65) años más 364 días.
  - Para todas las coberturas edad permanencia hasta los setenta y uno (71) años más 364 días de edad.
- Plazo para el pago de prima:** La prima de este seguro deberá ser pagada por el asegurado, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes desde la fecha en que MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. define su deber 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.
- Vigencia:** 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.
- 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 con el IPC del año inmediatamente anterior.
- Revocatoria:** Este seguro podrá ser revocado por el asegurado, en cualquier momento, mediante comunicación escrita 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 destino 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: [servicioalcliente@coassist.com.co](mailto:servicioalcliente@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 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:**
  - ¿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 previos, trastornos de la coagulación, alcoholismo, consumo 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? ¿Ha detectado o le han detectado alguna condición que requiera de estudios urgentes?  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 posttraumáticos, de ansiedad y depresión, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial o, presenta secuelas de algún accidente o intervención quirúrgica previa, o ha solicitado o recibido alguna indemnización por pérdida de la capacidad laboral? ¿Ha sido evaluado o desea ser evaluado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez?  SI  NO
  - 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.  SI  NO
- Autorización para el tratamiento de datos personales:** Con la firma de esta solicitud, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada, a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. (la "ASEGURADORA") a recolectar, almacenar, usar, suministrar, 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 está este contrato 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 primas y la selección de riesgos; III) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; IV) El control y la prevención del fraude y el lavado de activos y la financiación del terrorismo; V) La liquidación y pago de siniestros; VI) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; VII) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de control aseguradora; VIII) Envío de información y gestión telefónica (Call Centers) relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; IX) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables; X) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; XI) Almacenamiento y conservación de huellas dactilares; XII) Verificar el cumplimiento de los requisitos del seguro contratado, en particular aquella correspondiente al estado de salud del asegurado, incluyendo la revisión de la historia clínica de éste en un día 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

