

# Clausulado Vida Familiar

## Póliza de Vida Grupo (DM)

### Condiciones Generales

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

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "**LA COMPAÑÍA**", CON 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 COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDI-**

**DA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS.**

**1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILICITAS.**

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

- DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.
- POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL

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

**PARÁGRAFO PRIMERO:** LA EXCLUSIÓN 1.4 SOLO APLICARÁ DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL; DESPUÉS DE DICHO 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 período 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, embólico, oclusivo y/o hemorrágico, que se manifiesta con deficiencias motoras y/o sensoriales, que producen secuelas neurológicas por más de veinticuatro (24) horas y de naturaleza permanente, correspondientes al área lesionada y en muchos casos, con trastornos del estado de conciencia.

- **Insuficiencia renal:** Es la falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones por daño real permanente. Como resultado de esta falla es necesario instaurar diálisis o llevar a cabo trasplante renal.
- **Infarto al miocardio:** Se entiende como tal la muerte de un grupo de células miocárdicas a consecuencia de la supresión de la circulación que les pertenece en el músculo cardíaco.
- **Trasplante de órganos vitales:** Se entiende como tal la implantación de un órgano vital, (riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas) proveniente de otro cuerpo humano (donante).

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

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

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

# Póliza de 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 OCA-SIONADA POR UN ESFUERZO, BIEN SEA AGUDO O CRÓNICO.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. CUALQUIER ACTO TERRORISTA O DE TERRORISMO.

14. DEL USO INTENCIONAL DE FUERZA MILITAR PARA INTERCEPTAR, PREVENIR O MITIGAR CUALQUIER ACTO TERRORISTA, CONOCIDO O SOSPECHADO.

15. CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.

16. DEL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS EN LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

17. ACCIDENTES CAUSADOS POR ESTAR BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LAS DROGAS HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN Y SEAN TOMADAS DE ACUERDO CON SU PRESCRIPCIÓN.

18. LAS LESIONES O MUERTE POR DEDICARSE A PRACTICAR O TOMAR PARTE EN ENTRENAMIENTOS PROPIOS DE DEPORTES CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO, TALES COMO, PERO NO LIMITADOS A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALADA EN ROCA, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, RAFTING, KAYAKING, PUENTING, BUNGEE O CAÍDA LIBRE, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, CARRERAS DE AUTOS O PERSONAS QUE SE DEDIQUEN PROFESIONALMENTE A CUALQUIER DEPORTE.

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

20. LAS PÉRDIDAS, LESIONES, DAÑOS, RESPONSABILIDAD LEGAL O MUERTE POR CUALQUIER ACONTECIMIENTO QUE

SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

21. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE 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, ALIMENTACIÓN 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/>.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

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

 Certificado No.  

Datos generales del tomador										
<b>COASSIST Ltda. NIT: 811.017.425-3</b>					Fecha de diligenciamiento:			DD	MM	AAAA
El tomador actúa por cuenta de los clientes titulares de la modalidad de las facturas de servicios públicos de las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN NIT. 890.904.996-1					Hora de diligenciamiento:					
Datos generales del asegurado principal										
No. Cuenta factura EPM			ID Coassist			Correo electrónico				
Nombres			Apellidos			Fecha de nacimiento				
						DD MM AAAA				
Tipo de identificación		No. de identificación		Teléfono		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		Cónyuge		Hijo		Código del plan		
Muerte por cualquier causa										
Auxilio por muerte por cualquier causa										
Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad										
Prima mensual familiar										
Datos asegurados dependientes										
Nombre	Apellidos	Tipo de identificación	No. de identificación	Parentesco	%	Fecha de nacimiento	Ciudad			
				Cónyuge		DD MM AAAA				
				Hijo 1		DD MM AAAA				
				Hijo 2		DD MM AAAA				
				Hijo 3		DD MM AAAA				
Beneficiarios										
Nombre	Apellidos	Tipo de identificación	No. de identificación	Parentesco	%	Teléfono	Ciudad			
Condiciones aplicables a este seguro										
<b>1. Eadres de Ingreso:</b> a. Para muerte por cualquier causa, Auxilio por Muerte por Cualquier Causa: desde los dieciocho (18) años hasta los sesenta y ocho (58) años más 364 días. b. Renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad: entre los dieciocho (18) años y hasta los sesenta y cinco (65) años más 364 días. c. Ingresos Hijos: desde uno (1) año hasta los veinticuatro (24) años más 364 días					MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. define su debe hacer el pago mensual de la misma. La mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato de seguro y dará derecho a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. para exigir el pago de la prima devengada y los gastos causados con ocasión de su expedición, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1068 del Código de Comercio. <b>4. Vigencia:</b> 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.					
<b>2. Estados de Permanencia:</b> a. Para muerte por cualquier causa, Auxilio por Muerte por Cualquier Causa: hasta los setenta y seis (76) años más 364 días. b. Renta diaria por hospitalización por Accidentes o Enfermedades: hasta los setenta y uno (71) años más 364 días. c. Permanencia de los hijos veintiseis (26) años más 364 días.					<b>5. Incrementos de primas y valores asegurados.</b> 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.					
<b>3. Plazo para el pago de prima:</b> La prima de este seguro deberá ser pagada por el asegurado, dentro de los noventa (90) días calendario siguientes desde la fecha en que					<b>6. Revocatoria:</b> 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										
<b>1. Beneficiario:</b> 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 debe 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.										
<b>2. Renovación automática:</b> 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 o enviando un correo a: <a href="mailto:serviciocliente@coassist.com.co">serviciocliente@coassist.com.co</a> o a las líneas de atención que se relacionan en este documento.										
<b>3. Cobro de la prima:</b> 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.										
<b>4. Autorización de revocatoria por propietario:</b> 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.										
<b>5. Declaración de asegurabilidad:</b>										
1. ¿Ha padecido, le han diagnosticado o está siendo tratado por: Cualquier tipo de cáncer, diabetes, enfermedades crónicas de la piel, cardiovasculares, cerebrosvasculares, autoinmunes, terminales, trastornos mentales, del movimiento o sensibilidad, enfermedades crónicas, enfermedad poliquística renal, inmunodeficiencias, trasplantes previos, trastornos de la coagulación, alcoholismo, consumo sustancias prohibidas, trastornos en los ojos diferentes a los que requieren lentes, trastornos auditivos o de la voz, enfermedades de carácter viral tipo hepatitis B o C, HIV positivo, SIDA, ¿Ha detectado o le han detectado alguna condición que requiera de estudios genéticos? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span>										
2. ¿Alguna vez ha presentado discapacidad, pérdida anatómica o funcional de órganos o miembros, trastornos articulares, del túnel carpiano, del hombro, de la columna vertebral o de las rodillas, trastornos posttraumáticos, de ansiedad y depresión, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial o, presenta secuelas de algún accidente o intervención quirúrgica previa, o ha solicitado o recibido alguna indemnización por pérdida de la capacidad laboral? ¿Ha sido evaluado o desea ser evaluado por una junta o comisión médica de estudio de invalidez? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span>										
3. Declaro que me ha sido informado que los amparos que se otorgan bajo este seguro no cubren condiciones preexistentes y que es mi obligación declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de incurrir en las sanciones por inexactitud o retención. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</span>										
<b>6. Autorización para el tratamiento de datos personales:</b> 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 recopilar, 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 ésta confiere 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 técnica aseguradora; VIII) Envío de información y gestión telefónica (Call Centers) relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora; IX) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) a 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 digitales; 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: 860.002.398-5 Dirección Electrónica: HYPERLINK "http://www.metlife.com.co" www.metlife.com.co - Correo Electrónico: servicio\_cliente@metlife.com.co - Teléfono: (601) 3581258 en Bogotá. **4. LA ASEGURADORA** es la responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co) o solicitando una copia a [servicio\\_cliente@metlife.com.co](mailto:servicio_cliente@metlife.com.co) o en la línea de atención 3581258 en Bogotá o 018000 95 0303 a nivel nacional. **5. Datos Sensibles:** Todas las respuestas aquí formuladas relacionadas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre niños, niñas y adolescentes son facultativas; por tanto, no he sido obligado a responderles 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 OBSTANTE, LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECERÁN: **CONDICIÓN PRIMERA - Indemnización Adicional por auxilio por muerte por cualquier causa LA COMPANHIA 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 (I)** La cobertura tendrá un deducible de tres (3) días. Tendrá un periodo de carencia de sesenta (60) días después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. El periodo máximo de indemnización en caso de hospitalización en cuidados intensivos es de treinta (30) días. Se aplican las condiciones enunciadas a continuación respecto a los 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. 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 subsiguientemente a un periodo de hospitalización el asegurado es hospitalizado nuevamente como resultado de una nueva lesión o enfermedad, se considerará como un nuevo periodo de hospitalización continuo efectivo desde la fecha de hospitalización. En caso de hospitalización en casa el periodo máximo a indemnizar será de 364 días. De igual forma se reitera que el deducible establecido para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización es únicamente de un (1) día. **CONDICIÓN TERCERA - Exclusiones en su condición primera, en los siguientes términos:** Para la cobertura de vida solo aplicará la exclusión 1.1. **CONDICIÓN CUARTA - Deduciones y Limitaciones** La limitación de actividades, oficios y profesiones, establecida en su condición primera en el numeral 1.6. únicamente no aplica para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad. **CONDICIÓN QUINTA - Definiciones generales, los siguientes términos:** **TOMADOR:** Es la persona natural o jurídica que contrata el presente seguro. **BENEFICIARIO:** El asegurado autoriza y establece como beneficiario único a las EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., hasta agotar el 70% del monto de la suma asegurada. El 30% del monto de la suma asegurada será destinado a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **DEFINICIÓN DE USUARIO BENEFICIARIO:** Para los efectos del beneficio de la indemnización por causa de muerte del Asegurado, se entiende como usuario beneficiario a la persona natural designada en la solicitud de seguro, en nombre de quien LA COMPANHIA pagará a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., las facturas de consumo de los servicios públicos del sector residencial y/o comercial del inmueble anclado en el certificado individual de seguro, hasta agotar el límite pactado del 70% del valor asegurado. **FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:** Es la fecha en la cual se origina el padecimiento que da lugar a la incapacidad total y permanente. **CONDICIÓN SEXTA - Revocación del contrato** Por la cual se modifica su condición décima, en los siguientes términos: LA COMPANHIA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dirección conocida con 30 días hábiles de anticipación, en cuyo caso LA COMPANHIA devolverá a la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. **CONDICIÓN SÉPTIMA - Objeto del seguro y de la indemnización** Será el pago de: 1. Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., hasta agotar el 70% del monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. 2. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN OCTAVA - 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 NOVENA - Vigencia de los amparos individuales** La vigencia para cada asegurado será la del certificado individual del 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 - Aviso de modificaciones.** En el evento de que el Asegurado requiera realizar modificaciones a su póliza, tales como cambio de dirección, estrato, cancelación, entre otras, deberá informar por escrito o telefónicamente al teléfono 444 3838 dicha circunstancia o al correo electrónico [servicio\\_cliente@coassist.com.co](mailto:servicio_cliente@coassist.com.co) **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA - Pago de siniestros** LA COMPANHIA limita su obligación a indemnizar la suma asegurada pagando: 1. Los servicios públicos y complementarios directamente a EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P., hasta agotar el 70% del monto de la suma asegurada vigente al momento del siniestro. 2. El 30% del monto de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el asegurado, o aquellos establecidos por la Ley colombiana. **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - Seguros** bajo el mismo plan salvo aceptación expresa. LA COMPANHIA, se establece que un Asegurado podrá tener un máximo de tres (3) seguros para un mismo inmueble, siempre y cuando sean facturados independientes o podrá obtener tres (3) seguros para diferentes inmuebles. En el evento de encontrarse más de un seguro para un mismo servicio del mismo inmueble, LA COMPANHIA, 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. 88 - 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.**

Mediante la firma del presente documento, declaramos 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](mailto: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](mailto: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. Recuerde que tiene al Defensor del Consumidor de la compañía:**  
**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](mailto:defensoriametlife@gmail.com)

Este seguro se rige por los amparos definidos en el siguiente clausulado y anexos:  
 • Muerte por cualquier causa -1413-P-34-PRODUCTMETVGGM01-D001  
 • Auxilio por Muerte por Cualquier Causa -1413-A-37-ANEXMETVGGXEMD01-D001  
 • Renta Diaria Por Hospitalización Accidental y/o Enfermedad -Código: 113-A-37-ANEXMETVGGXEMD02-D002  
 El cual podrá ser consultado en la página Web <https://bit.ly/3wUmQIh>  
 Para mayor información sobre su seguro visite la página Web [www.coassist.com.co](http://www.coassist.com.co) o [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)

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

**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](mailto:servicio_cliente@metlife.com.co) - [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MUSCOM/1906-COL-ED/2024