



## 6. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en Moneda Extranjera?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuales _____
Posee cuentas en moneda extranjera?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Banco _____ Moneda _____
Ciudad _____					Pais _____
Declaro que no realizo transacciones en Moneda Extranjera					<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
FIRMA _____					HUELLA

## 7. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono
			Parentesco

## 8. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

**1. ORIGEN DE FONDOS:** Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: SALARIO y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

**2. AUTORIZACIÓN TRAMITE DE DATOS PERSONALES (Ley 1581/12 y Dec Reglamentario 1377/13):** Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FOEMPA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente..2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FOEMPA, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que FOEMPA me suministre. 4) Cualquier otra actividad que se requiera adelantar interna o externamente en virtud de la relación asociativa y en general para el cumplimiento de obligaciones legales o contractuales de FOEMPA. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FOEMPA. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FOEMPA no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FOEMPA me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

**3. AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO (ley 1266/08):** Autorizo de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, informada e irrevocable a FOEMPA a quien representa sus derechos, a consultar, reportar, solicitar, suministrar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios del cual soy titular, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen) a mi comportamiento e historial crediticio incluida la información positiva y negativda de mis hábitos de pago y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, analisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, para que dicha información sea concernida y reportada en cualquiera de las centrales de riesgo o bases de datos que existen al momento de reporte o consulta. Esta autorización cubija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga como deudor de FOEMPA o a quien represente sus derechos. En caso de que en el futuro el autorizado de este documento efectue una venta de cartera o una sesión de cualquier titulo de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extendera a este en los mismos terminos y condiciones.

**4. AUTORIZACIÓN DATOS BIOMETRICOS Y DE IMAGEN:** Autorizo como titular de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que estas que sean hechas dentro o fuera de las instalaciones de FOEMPA, bien sea en actividades recreativas, académicas, culturales u otras, o cualquier otra actividad interna y/o externa, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FOEMPA, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de mantenernos informados como Asociados a través de las diferentes redes sociales, pagina web, carteleras, televisores, boletines, correos masivos, WhatsApp etc.

## 8. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo	
<div style="border-top: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; margin-top: 20px;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Firma Solicitante</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Huella Índice Derecho</p>

## 9. EXCLUSIVO PARA FOEMPA

	DÍA	MES	AÑO	
Fecha de Recibido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Firma de quien realiza la entrevista
Persona que realiza la verificación de Datos via telefonica				
Firma Revisado y Grabado	Observaciones			
Empleada de cumplimiento	Observaciones		Verificación en Listas Restrictivas	<input type="checkbox"/>



## POLIZA DE VIDA GRUPO FOEMPA

**FOEMPA** pensando en el bienestar de sus asociados y el de sus familias, ha realizado una alianza estratégica con Metlife, obsequiando a cada uno de ustedes, un plan de protección con las siguientes coberturas, y de las cuales usted solo tendrá que aportar \$1.000 mensuales y los demás costos serán asumidos por Foempa.

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Vida	\$ 5,000,000
Incapacidad Total y Permanente	\$ 5,000,000
Indemnización adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmenbración	\$ 5,000,000
Enfermedades Graves con anticipo del 60%	\$ 3,000,000
Gasto Funerario como valor adicional	\$ 2,000,000
Plan Canasta (Se entrega un monto de \$ 100.000 mensuales por un periodo de 12 meses)	\$ 1,200,000
Renta Diaria por Hospitalización ( Valor diario a apartir del tercer dia de hospitalizacion por Accidente y/o Enfermedad)	\$ 25,000

Exclusiones: Enfermedades Preexistentes, Suicidio durante el primer año de cobertura individual.

## AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado(a)  
con C.C No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, autorizo se debite de  
mi nomina el valor mensual correspondiente a \$1.000 como parte de la prima total del  
seguro de vida grupo, contratado con Metlife.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
CIUDAD Y FECHA

Inclusión

 Modificación

Póliza No.	No. Certificado
Tomador	NIT o C.C.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

### Datos del asegurado principal

Nombres		Primer apellido		Segundo apellido		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. No.		Fecha inicio de vigencia AA MM DD		Fecha de nacimiento AA MM DD		Nacionalidad		Lugar de nacimiento	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		Peso Kg.		Estatura M.		Cargo		Fecha de empleo AA MM DD	
Ocupación		Sueldo		Dirección residencia		Ciudad			
Departamento		Teléfono(s) oficina		Teléfono(s) residencia		E-mail			

### Beneficiarios del seguro de vida grupo y/o accidentes personales

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Parentesco	% Seguro

### Cuestionario de asegurabilidad

- a.** ¿Usted presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? **Si** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_
- b.** ¿Alguno de los miembros familiares presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? **Si** \_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplie la información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda?)

EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) / ENFISEMA / BRONQUITIS CRÓNICA / ASMA / FIBROSIS PULMONAR / SILICOSIS / ASBESTOSIS / BULAS / ENFERMEDADES DEL CORAZÓN / ANEURISMAS / ENFERMEDAD CORONARIA / ARRITMIAS / ENFERMEDAD DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN / INFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMIENTO / HIPERTENSIÓN PULMONAR / ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR / DERRAMES / ISQUEMIA CEREBRAL / APOPLEJÍAS / EPILEPSIA / DIABETES / SIDA / HIV (+) / DEPRESIÓN / TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y ENFERMEDADES MENTALES DE CUALQUIER ORDEN / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN / CIRROSIS / HEPATITIS B / HEPATITIS C / ESCLEROSIS / FIBROMIALGIA / POLIMIOSITIS / VASCULITIS / ESPONDILITIS / TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN / INMUNODEFICIENCIAS / BAJA EN LAS DEFENSAS / ARTRITIS / ARTRITIS REUMATOIDEA / TRASTORNO EN LAS ARTICULACIONES / SORDERA Y/O CEGUERA BILATERAL / DEGENERACIÓN MACULAR / LUPUS ERMATEMATOSO / DISTROFIAS / ENFERMEDAD DE PARKINSON / TEMBLORES / DEMENCIAS / SECUELAS DE TRAUMA CRANEAL / PARÁLISIS / SÍNDROME NEFRÍTICO Y/O NEFRÍTICO RENAL PRESENTES / CÁNCER DE CUALQUIER TIPO / TUMORES / LEUCEMIA / LINFOMAS / ANEMIAS CRÓNICAS / MIELOMA / TRASTORNO DE LA MÉDULA ÓSEA / TRASTORNO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS DE LA SANGRE / INSUFICIENCIA RENAL / TRASPLANTES / PANCREATITIS CRÓNICA / ENFERMEDADES IRREVERSIBLES / ENFERMEDADES AUTOINMUNES / AMPUTACIONES / LIMITACIONES FÍSICAS / SECUELAS / OBESIDAD / SANGRADOS / TRASTORNOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL / DOLOR LUMBAR CRÓNICO / DISFONÍAS O AFONÍAS CRÓNICAS / HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES O GENITOURINARIAS / ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO / TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS / SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO / ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS / VÁRICES / JUANETES / CATARATAS / HERNIAS / CÁLCULOS DE CUALQUIER TIPO / ÚLCERAS / TRAUMAS NAALES / DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL / PTERIGIOS / MALFORMACIÓN CONGÉNITA / ¿TENDENCIA A HACER COAGULOS? / ¿FRACTURAS PREVIAS? / ¿PRESENTA VERRUGAS? / TUMORES DE PIEL / ¿INCONTINENCIA URINARIA? / DESCENSO O SALIDA DEL ÚTERO / TRASTORNO DE LA PRÓSTATA / ¿HA VARIADO SU PESO?.

¿Usted o alguno de los miembros familiares presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad que no se encuentre relacionada en la lista anterior? **SI** \_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_

(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplie la información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda?)

	SI	NO	
¿Se encuentra en embarazo?			<ul style="list-style-type: none"> <li>Registre su peso ____ Kg. y talla ____ Cms.</li> <li>Nombre los medicamentos que toma actualmente y la razón. (Amplie su respuesta en observaciones)</li> <li>Número de cigarrillos diarios que fuma ____</li> </ul>
¿tiene programada o pendiente la práctica de alguna hospitalización o cirugía o examen médico?			
¿Participa en competencias deportivas?			
¿Padece de alguna dolencia no preguntada previamente?			
¿Se le ha negado, aplazado, reducido o modificado algún seguro de vida, accidentes o de salud?			
¿Se encuentra usted en estudio médico por cualquier razón?			
¿Va a ser sometido a alguna intervención quirúrgica o va a iniciar algún tratamiento médico?			
¿Ha sido alguna vez hospitalizado u operado?			

En caso de alguna respuesta afirmativa amplie su respuesta en observaciones

Observaciones: \_\_\_\_\_

La declaración sincera de todos los antecedentes médicos preguntados por medio de este cuestionario, es requisito y parte integrante del contrato, por lo que, cualquier retención en la información, puede hacer nulo el contrato, e impedir la indemnización de cualquier reclamación futura.

Autorizo de manera permanente irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera procese, conserve, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnica de seguros, y financiera y comercial mía desde el momento de solicitud de seguro a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas Bases de Datos.

Adicionalmente, autorizo expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas bases

de datos los aspectos que la Compañía considere pertinente en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

El seguro solicitado en esta aplicación no será efectivo hasta que sea aprobado por MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Por la presente autorizo en vida y además extensivo aún después de muerto, para que cualquier médico, clínica, hospital, Compañía de Seguros, Compañía de Medicina Prepagada, o Entidad Promotora de Salud (EPS) suministre a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. la información que requieran, relacionada con mi estado de salud o historia clínica.

Por lo anterior renuncio a cualquier norma de confidencialidad o de reserva sobre mi información médica.

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO:** De acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima dentro del mes siguiente a su vencimiento producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura. Como constancia de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmamos el presente formulario.

## Autorización de tratamiento de datos personales

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA) me ha informado de manera expresa y de carácter facultativo lo siguiente:**

### I. Autorización de tratamiento de datos personales a nivel nacional.

**1. Finalidad del tratamiento de datos personales:** Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: **I)** El trámite de nuestra solicitud como vinculación como consumidores financiero, deudores, contrapartes contractuales y/o proveedores. **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. **V)** La liquidación y pago de siniestros. **VI)** Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. **VII)** Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. **VIII)** La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora. **IX)** Envío de información 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. **X)** Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA. **XI)** 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. **XII)** Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. **XIII)** La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. **XIV)** 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. **XV)** Información relativa al estado de salud del propuesto asegurado encaminado a la verificación de los requisitos del seguro contratado. **XVI)** Captura de información personal en dispositivos móviles. **XVII)** Envío de mensajes de texto para la gestión de recudo en el seguro contratado. **XVIII)** Envío por correo electrónico de comunicaciones comerciales o comunicaciones encaminadas a la gestión integral del seguro contratado. **XIX)** Almacenamiento y conservación de huellas dactilares cuando sea necesario. **XX)** Almacenamiento de información en la nube.

Así mismo LA ASEGURADORA me ha informado expresamente que es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad y que los datos sensibles que se capturen, serán aquellos que estén cubierto en la definición de dato sensible de acuerdo a la Ley 1581 del 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 del 2013.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

**2. Usuarios de la información:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: **i)** Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS Y REASEGUROS. **ii)** Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. **iii)** LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. **iv)** Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. **v)** FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

**3. Derechos del titular de la información:** Que como titular de la información, se garantiza los derechos previstos en la ley 1581 del 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder, circular o eliminar los datos personales.

**4. Responsables y encargados del tratamiento de la información:** Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación, Tributaria (NIT): 860.002.398-5, Dirección Electrónica: [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co), Correo Electrónico: [servicio.cliente@metlife.com.co](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co) y Teléfono: 3581258 de Bogotá. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal V) del numeral 3 anterior, serán:

**a) FASECOLDA** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Pisos 11 y 2, e-mail: [fasecolda@fasecolda.com](mailto:fasecolda@fasecolda.com), Tel. 3443088 de la ciudad de Bogotá D.C.

**b) INVERFAS S.A.** cuya dirección es Carrera 7 No. 26 – 20 Piso 11, e-mail: [inverfas@fasecolda.com](mailto:inverfas@fasecolda.com), Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

**c) INIF- Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro** cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, e-mail: [directoroperativo@inif.com.co](mailto:directoroperativo@inif.com.co), Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

**5. Datos sensibles:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con al definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial los que estén cubiertos en la definición de dato sensible de acuerdo a la Ley 1581 del 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 del 2013. En todo caso, para efectos del presente formulario se debe tener a consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige las mismas.

**6. Datos personales de niños niñas y adolescentes:** Que son Facultativas las respuestas a las preguntas donde se recolecte datos de Niños, Niñas y Adolescentes en concordancia con la Ley 1581 del 2012 y el Decreto reglamentarios 1377 del 2013, y en consecuencia no he sido obligado a responderlas.

**Autorización:** De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia nacional de los mismos, para las finalidades y en los términos antes mencionada en este documento.

### II. Autorización de tratamiento de datos personales a nivel internacional

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA) me ha informado de manera expresa:**

**1. Transferencias internacional de información a terceros países:** Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

**2. Usuarios de la información:** Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados por las finalidades mencionadas, a: **i)** Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA.

**Autorización:** De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia internacional de los mismos, para las finalidades y en los términos mencionados en la Sección I en este documento.

La cobertura de este producto está amparada por MetLife Colombia Seguros de Vida S. A. mediante el clausulado: Código: 21032018-1413-P34-GEVIGMUCCAU 001-DRCI  
Detalle de coberturas, exclusiones y demás condiciones se encuentran en el texto de la póliza.

Firma Asegurado	Lugar y diligenciamiento	 MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma autorizada	
	Fecha de diligenciamiento		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">AA</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DD</td> </tr> </table>		AA
AA	MM	DD	