

Póliza de Seguro de Vida Grupo

Código: 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

1. AMPARO BÁSICO

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA

2. AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

2.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD

CONDICIÓN PRIMERA

Amparo básico

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESEN-

TE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Amparos adicionales

LOS AMPAROS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADAS SEGÚN SE SEÑALE EN LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SON LOS SIGUIENTES:

2.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO QUE ÉSTE SEA HOSPITALIZADO POR

ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO O POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTE AMPARO SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFI-

NOTA TÉCNICA: 11/05/2015-1413-NT-P-34-VGDM_001

CADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE 364 DÍAS, SIEMPRE QUE LA POLIZA CONTINÚE VIGENTE.

CONDICIÓN TERCERA

Exclusiones de la póliza

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERÍODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

EL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

3.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TQUETE.-

3.2.3. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

3.2.4. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES 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.

3.2.5. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.2.6. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS

TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

3.2.7. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

3.2.8. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

3.2.9. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD.

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

3.2.11. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE TRATAMIENTOS DE OBESIDAD.

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

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. 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 RELAJA-

CIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

4.2. 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. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN QUINTA

Edades de ingreso y permanencia en el seguro

SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, MEDIANTE UN ANEXO A LA PRESENTE PÓLIZA, LAS EDADES PARA EL INGRESO Y PARA LA

PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA SON LAS SIGUIENTES:

AMPARO	GRUPO ASEGURABLE	EDAD DE INGRESO		EDAD DE PERMANENCIA
		MÍNIMA	MÁXIMA	
Básico	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días
Demás amparos	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días

CONDICIÓN SEXTA

Definiciones

Para efectos de este contrato las expresiones que a continuación de relacionan tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 6.1. TOMADOR:** es la persona que contrata el presente seguro.
- 6.2. ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.
- 6.3. BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.
- 6.4. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental, las peles o riñas no ocasionadas por el asegura-

do, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en el agua, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

- 6.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- **Manos:** amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.
- **Pies:** amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- **Ojos:** la pérdida total e irreparable de la visión.

6.6. ENFERMEDAD: El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa

morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.

6.7. SIDA: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

6.8. HOSPITALIZACIÓN: Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado 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.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Ámbito temporal y territorial de los amparos

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas

del día, incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN OCTAVA

Independencia de los amparos

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especi-

ficado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

CONDICIÓN NOVENA

Sumas aseguradas y límites de indemnización

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la carátula de la póliza

za o en el certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN DÉCIMA

Deducible

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del ASEGURADO, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en sus anexos, previsto para las diferentes

coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Declaración del estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el ASEGURADO y Tomador están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren traído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador o el ASEGURADO han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo estará obligado, en

caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el ASEGURADO dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En todo caso y en concordancia

con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Renovación

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro, anexo o condición particular, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de las primas correspondientes.

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 mensualmente de manera automática y en cada anualidad los valores asegura-

dos se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente período anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el ASEGURADO.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre EL TOMADOR y LA COMPAÑÍA, estos le serán comunicados al ASEGURADO en su respectiva re-

novación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo

de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por EL TOMADOR o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. 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.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dire-

cción conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

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

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días siguientes a que lo conoció o

debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co/procesosdereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

16.1. Para la cobertura del amparo básico de muerte:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.

- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.2. Para la cobertura de los amparos de renta diaria por hospitalización por causa de accidente o enfermedad:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.

- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Certificado de la institución hospitalaria en la cual el ASEGURADO fue internado con la indicación de la causa y de la duración de la hospitalización.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.

- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** solo podrá deducir de la indemnización el valor de los

perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Prescripción

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato 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.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA**

a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información con las que se tenga un contrato

EL TOMADOR autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente tomador de pólizas de la entidad y causas de siniestralidad de la póliza, únicamente con fines estadísticos.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la sociedad registrada en la base de datos de las mencionadas Centrales de Información, al igual que el suministro

tro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones de EL TOMADOR se

reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposi-

ciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prue-

ba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso dirigido a la última dirección registrada de las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el ASEGURADO o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los comprobantes

que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. El presente

contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

Protección de datos personales

EL TOMADOR asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían la autorización previa por parte del titular de los datos para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**,

se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada