SOLICITUD DE CREDITO

Fecha de Diligenciamiento
DD MM AAAA

LINEA DE CRÉDITO:

- ◯ APORTES
- ◯ REORGANIZACIÓN FINANCIERA
- ◯ LIBRE INVERSIÓN HIPOTECARIO
- ◯ EDUCACIÓN
- ◯ COMPRA DE CARTERA
- ◯ LIBRE INVERSIÓN
- ◯ VIVIENDA
- ◯ VEHÍCULO
- ◯ RÁPIDO

PLAZO:

- ◯ 6 MESES
- ◯ 12 MESES
- ◯ 18 MESES
- ◯ CUOTAS EXTRAS CON PRIMA
- ◯ 24 MESES
- ◯ 36 MESES
- ◯ 48 MESES
- ◯ 60 MESES
- ◯ 72 MESES
- ◯ OTRO: _____

No. PRIMAS _____ VALOR CADA PRIMA $_____

INFORMACION CREDITO

VALOR SOLICITADO $	VALOR EN LETRAS	EMPRESA DONDE LABORA

CARGO	SALARIO $	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DD MM AAAA	TIPO DE CONTRATO	TEL. CORPORATIVO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
C.C. C.E. P.E.P P.A.S P.P.T		DD MM AAAA	DD MM AAAA	

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	ESTRATO	NÚMERO DE CELULAR

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO

DATOS PARA EL DESEMBOLSO DE CRÉDITO

TITULAR DE LA CUENTA _____ C.C_____

CUENTA No _____ ◯ **Ahorros** ◯ **Corriente**

BANCO _____

GIRO EN CHEQUE ◯

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EL REGLAMENTO DE CREDITO DE FONGRUPO Y AUTORIZO A LA EMPRESA DONDE LABORO ACTUALMENTE Y AQUELLA EN QUE LLEGARE A LABORAR, PARA QUE DESCUENTE DE MI SALARIO MENSUAL, A FAVOR DE FONGRUPO, LAS CUOTAS Y/O PRIMAS POR EL VALOR RELACIONADO EN LA TABLA DE AMORTIZACIÓN POR CONCEPTO DE ESTE PRESTAMO. EN CASO DE RETIRO DE LA EMPRESA DONDE LABORO, AUTORIZO DESCONTAR A FAVOR DE FONGRUPO, DE MIS PRESTACIONES SOCIALES, BONIFICACIONES, INDEMNIZACIONES O CUALQUIER PAGO QUE ME EFECTÚE LA EMPRESA, TODOS LOS VALORES QUE ESTEN A MI CARGO A LA FECHA DE RETIRO. AUTORIZAMOS A FONGRUPO PARA SOLICITAR, REPORTAR, PROCESAR Y DIVULGAR EN LAS CENTRALES DE RIESGO (TRANSUNION, DATACREDITO) O EN CUALQUIER OTRA ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS CON LOS MISMOS FINES, TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MI COMPORTAMIENTO DE MANEJO FINANCIERO. CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN LA LEY 1581 DE 2012 SU REGLAMENTARIO DECRETO 1377 DE 2013.

TITULAR DE LA CUENTA _____ **C.C** _____

DEUDOR SOLIDARIO 1

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

EMPRESA: _____

SALARIO: _____

CELULAR: _____

CORREO: _____

DEUDOR SOLIDARIO 2

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

EMPRESA: _____

SALARIO: _____

CELULAR: _____

CORREO: _____

PAGARÉ A LA ORDEN

VALOR : _____

NÚMERO DE PAGARÉ: _____

FECHA DE CREACIÓN: _____

VENCIMIENTO: _____

Nosotros, _____ y _____mayores de edad, identificados como aparece al pie de mi firma, actuando en nombre propio, prometo pagar solidaria, indivisible e incondicionalmente a la orden del **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"** identificado con **NIT:890.311.104 -1** o a quien represente sus derechos o al legítimo tenedor del presente título valor, en la ciudad de Bogotá D.C, la cantidad mutuada que resulte de la(s) liquidación(es), crédito(s) u otra(s) obligación(es) adquirida(s) por la suma de_____($_____) moneda legal colombiana. Durante el plazo reconoceré intereses a la tasa del _____nominal anual. En caso de mora pagaré (mos) intereses a la tasa máxima legal autorizada, sobre las cuotas en mora, o vencido el plazo total, sobre el saldo insoluto de la deuda, sin perjuicio de las acciones legales que la ley consagra a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO". Igualmente me comprometo a constituir y mantener vigentes las pólizas correspondientes que protegen los bienes sobre los que he constituido como garantía real. En caso de que el FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" pague la prima correspondiente al seguro de vida o cualquier otro seguro y o póliza, si la hubiere, dicho pago realizado me(nos) será cargado y así lo pagare(mos), al momento de hacerse efectivo. El valor de estas primas no se encuentra incluido en el monto de las cuotas de capital pactadas ni de sus intereses. Serán de mi (nuestro) cargo todos los gastos que ocasione la creación o firma del presente pagare, lo mismo que las costas y honorarios de abogado del cobro judicial o extrajudicial si FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" ha adelantado las gestiones de cobro respectivas. Acepto cualquier endoso, cesión o traspaso de este título valor que hiciere FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" a cualquier persona natural o jurídica, haciendo declaración expresa de que el acreedor queda con el derecho de dirigirse contra mí como obligado por el presente instrumento, sin necesidad de recurrir a más notificaciones. Renuncio a favor de FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" o de su cesionario, endosatario o representante, expresamente a cualquier requerimiento y al derecho de solicitar que los bienes embargados se dividan en lotes para la subasta pública. FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" queda expresamente autorizado para dar por extinguido el plazo estipulado para el pago de esta(s) obligación(es) y para exigir inmediatamente el pago total de la obligación cuando se cumpla alguna de las causales del numeral séptimo (7) de la Carta de Instrucciones. Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" a destruir este pagaré una vez haya cesado la obligación que lo respalda, así mismo de conformidad con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y el Articulo 55 del Decreto 1481 de 1989 y de las normas que las modifiquen o complementen, en el presente titulo autorizo expresa e irrevocablemente al PAGADOR de la empresa en la cual laboro y/o prestó servicios y/o llegare a laborar o llegare a prestar algún servicio para que descuente de los salarios, honorarios pensiones, la suma mencionada indicada por el FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" y en caso de presentarse alguna de las causales del numeral 7 de la carta de instrucciones, autorizo expresa e irrevocablemente para que se descuente de mis prestaciones sociales o de cualquier suma que me llegara a corresponder en virtud de un contrato de trabajo o de un contrato de prestación de servicios, descuentos estos que deben ser entregados al FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO" o a su tenedor para que sean abonados al presente pagare.

TITULAR

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

CELULAR: _____

CORREO: _____

HUELLA

DEUDOR SOLIDARIO

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

CELULAR: _____

CORREO: _____

HUELLA

CARTA DE INSTRUCCIONES

Ciudad y fecha:_____

Señor
FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"
Ciudad.

Referencia: Carta de instrucciones

Pagaré No. _____

Apreciados señores:

Nosotros, _____ y _____mayores de edad de edad, identificado como aparece al pie de mí firma actuando en mi propio nombre, en los términos del artículo 622 del Código de Comercio, autorizo a **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"** o a quien hiciere sus veces, de manera irrevocable, para que sin previo aviso, diligencie los espacios en blanco dejados en el pagaré indicado en la referencia, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. **VALOR:** La cuantía de la obligación será igual al monto de todas las sumas que por apertura de crédito, o cualquier otra clase de garantías, intereses, capital y en general, por cualquier otra obligación presente o futura, que directa o indirecta, conjunta o separadamente y por cualquier concepto le deba o llegue a deber a **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"**, el día que sea llenado el título.
2. **NÚMERO DE PAGARÉ:** Corresponderá al mismo número de la obligación.
3. **FECHA DE CREACIÓN:** Corresponderá a la fecha en que este sea firmado.
4. **VENCIMIENTO:** el día en el que se diligencien los espacios en blanco por parte del tenedor.
5. Los intereses corrientes y moratorios serán los pactados y si hay estipulación al respecto, se colocarán los equivalentes a la tasa máxima de plazo o moratoria permitida por las autoridades competentes y por la ley.
6. La(s) obligación(es) a que se refiere esta carta, puede(n) tener origen en cualquier operación realizada en nuestra Entidad.
7. **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"**, podrá diligenciar el título valor pagaré ante cualquiera de las siguientes causales: a) Para presentarlo para su pago, b) Mora en el pago de capital o de los intereses de las cuotas de acuerdo con el plan de pagos pactado, o de cualquier obligación que directa, indirecta, conjunta o separadamente tenga con **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"**; c) Si mis bienes son embargados o perseguidos por cualquier persona en el ejercicio de cualquier acción; d) Si incumplo en mi(s) obligaciones con cheques sin la suficiente provisión de fondos; e) Si la información que suministre es inexacta en la documentación presentada a **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"**; f) Si los bienes que he dado en garantía se desmejoran, son gravados, enajenados en todo o en parte, o dejan de presentar respaldo suficiente de las obligaciones contraídas con **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"**; g) Difícil situación económica, calificada así por el tenedor legítimo de este título valor; h) En los demás casos de ley.
8. **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS AGRUPADAS "FONGRUPO"** está plenamente autorizado para actuar a su leal saber y entender en defensa de sus intereses, sin que en ningún momento se pueda alegar que carece de facultades o autorizaciones suficientes, para completar el título. El pagaré así llenado, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos.

Cordialmente,

TITULAR

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

HUELLA

DEUDOR SOLIDARIO

FIRMA : _____

NOMBRE: _____

CÉDULA: _____

HUELLA

Declaración de Asegurabilidad (Beneficios)

☐ 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 M F	
Identificación C.C. T.I. C.E. No.	Fecha inicio de vigencia AA MM DD	Fecha de nacimiento AA MM DD	Nacionalidad	Lugar de nacimiento
Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ 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	Segundoapellido	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, amplíe 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 / ARTROSIS / ARTRITIS REUMATOIDEA / TRASTORNO EN LAS ARTICULACIONES / SORDERA Y/O CEGUERA BILATERAL / DEGENERACIÓN MACULAR / LUPUS ERITEMATOSO / DISTROFIAS / ENFERMEDAD DE PARKINSON / TEMBLORES / DEMENCIAS / SECUELAS DE TRAUMA CRANEAL / PARÁLISIS / SÍNDROME NEFRÍTICO Y/O NEFRÓTICO 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 NASALES / 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, amplíe la Información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha? Izquierda?)

	SI	NO
¿Se encuentra en embarazo?		
¿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?		

- Registre su peso _____ Kg. y talla _____ Cms.
- Nombre los medicamentos que toma actualmente y la razón. (Amplíe su respuesta en observaciones)
- Número de cigarrillos diarios que fuma _____

En caso de alguna respuesta afirmativa amplíe 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 reticencia 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 constanda de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmamos el presente formulario.

Original: METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. - Copia: Empleador

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)** Envió 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, Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co y Teléfono: 3581258 de Bogotá. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, trasmitan, 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, 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, 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, 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 adolecentes: 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 juridicas 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-GEBVIGMUCCAU 001-DRCI

Detalle de coberturas, exclusiones y demás condiciones se encuentran en el texto de la poliza.

Firma Asegurado	Lugar y diligenciamiento Fecha de diligenciamiento AA MM DD Hora	MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma autorizada

VIGILADO

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 - servicio.cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co

MLVMEOC039/0-COL-ED05/2020