

Formato único de conocimiento - Persona natural

Para MetLife es importante conocer a nuestro cliente, es por ello que requerimos que diligencias este formato

En caso de que seas tomador y asegurado marca ambas opciones.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Fecha de Diligenciamiento: 10 | 07 | 2024

Indique: Tomador ☐ Asegurado ☒

Tomador ☐ Asegurado ☒

Tomador, es quien contrata el seguro	Asegurado, persona que está cubierta por la póliza
---	---

Información general

Nombres y apellidos completos: WIS AURIO SANCHEZ TIRADINO										Número de identificación: 79844345									
Tipo de identificación: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cui? <input type="checkbox"/>										Fecha de expedición cédula: 10 07 1995									
Fecha de nacimiento: 17 02 1997										Ciudad de nacimiento: BOGOTÁ									
Nacionalidad: COLOMBIANO										Tiene otra Nacionalidad: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Cui? <input type="checkbox"/>									
Estado civil: Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>										Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>									

Información de direcciones

Correo Electrónico: PAOLA312@gmail.com		Teléfono:	Celular: 3034614677
Dirección: CALLE 2 + 87 N 32		Barrío:	PATIO BONITO
Ciudad / Municipio: BOGOTÁ	Departamento: CUNDINAMARCA	País: COLOMBIA	

Informacion economica

Actividad Económica Principal:										Código CIIU:							
Tipo de Actividad:		Asalariado	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Socio	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input checked="" type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Cargo Público	<input type="checkbox"/>	Dependiente	<input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja:																	
Cargo:					Ocupación:					Profesión:							
Dirección de la Empresa:										Barrio:							
Ciudad / Municipio:					Departamento:					País:							
Teléfono:					Ext:												
¿Por tu actividad o cargo administras recursos públicos?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Por tu actividad o cargo ejerces algún tipo de poder público?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Gozas de reconocimiento público?					SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>									
Existe algún vínculo entre tu y una persona considerada públicamente expuesta?										SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>				
En caso de responder afirmativamente, por favor diligencia lo siguiente:																	
Nombres y apellidos completos:										Ocupación:							
Cargo:					Entidad:					Fecha de desvinculación:							

Información financiera

Ingresos Mensuales: \$				Otros Ingresos Mensuales: \$			
Detalle de Otros Ingresos (aquellos originados en actividades diferentes a la principal):							
Total Ingresos Mensuales: \$				Total Egresos Mensuales: \$			
Total Activos: \$				Total Pasivos: \$			
¿Realizas operaciones en monedas extranjeras? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				En caso de responder afirmativamente, por favor diligencia la siguiente información:			
Tipo de Operación: Importaciones <input type="checkbox"/>		Exportaciones <input type="checkbox"/>		Préstamos <input type="checkbox"/>		Inversiones <input type="checkbox"/>	
				Pago de Servicios <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>	
						Cual?	
Tipo de producto sobre el cual realizas la operación en moneda extranjera						Monto / Saldo promedio mensual	
Tipo de Moneda		Entidad		# Producto		Ciudad:	
						País:	
Marca si en los dos últimos años has reclamado a esta compañía para verificar en nuestros archivos. Relación a continuación las reclamaciones presentadas, indemnizaciones recibidas sobre seguros, respecto de otro asegurador en los dos últimos años.							SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Año	Ramo (tipo de seguro contratado)	Compañía			Reclamación	Indemnización	

Autorización de tratamiento de datos personales

Con la firma de esta solicitud, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada, a MediLife Colombia Seguros de Vida S.A. (la "ASEGURADORA") a recolectar, almacenar, usar, suprimir, comunicar, 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 represento los derechos de la ASEGURADORA, a quien esta consiente para el ejercicio de los mismos o a quien ésta cede sus derechos, sus obligaciones o su relación 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) El cumplimiento de las obligaciones de información en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y 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 modifique y las reglamentaciones aplicables; X) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; XI) Almacenamiento y conservación de huellas dactilares; XII) Verificar el cumplimiento de los requisitos del seguro contratado, en particular aquella que corresponde al estado de salud del asegurado, incluyendo la revisión de la historia clínica de éste en vida o después de fallecido; XIII) Almacenamiento de información necesaria para la gestión de siniestros.

El Tratamiento podrá ser realizado directamente por la ASEGURADORA o por encargados del Tratamiento que ésta considere, negociados o designados, en el desarrollo de su objeto social, pero, en ningún caso, finalidades ajenas a las aquí expresadas.

mencionados, entre los cuales la título enunciativa pero no limitativa se encuentran: el desarrollo de seguros y pólizas asegurando a las personas que desearán el cumplimiento de deberes y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ASEGURADORA, tales como, apuradores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros; los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de contratación, ejecución y terminación del contrato de seguro; las personas con las cuales la ASEGURADORA y/o el intermediario de seguros administran gestiones para efectos de celebrar los contratos de seguro; así como, las personas que actúan como intermediarios de seguros basados en plataformas tecnológicas para efectos de prevención y control de fraudes; la selección de proveedores de servicios de apoyo al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos e indicadores.

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.

NIT: 860.002.398-5
Dirección Electrónica: www.metlife.com.co
Correo Electrónico: servicio_cliente@metlife.com.co
Teléfono: 3077049 en Bogotá

4. La ASEGURADORA es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.medita.com.co o solicitando una copia a serviciocliente@medita.com.co o en la línea de atención 3077049 en Bogotá o 01 8000 912 200 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 responderlas o a autorizar su tratamiento.

6. Si por alguna razón ha entregado a la ASEGURADORA 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.


Autorización, consulta y reporte a centrales de información y a bases de datos de seguros de vida.

Autorizo de manera permanente e irrevocable a la aseguradora o a quien represente sus derechos para que con fines de administración de riesgos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada la información del presente formulario y aquella derivada del contrato que se celebrare o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza.

y demás servicios que surjan del presente contrato en el cual el Tomador y/o Asegurado y/o Beneficiario declara conocer y aceptar en todas sus partes. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por lo tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado, relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

En constancia se firma el _____ del mes de _____ del año 20____

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

C.C. Firma 391844345 

Diligencia nuevamente tus datos personales para confirmar la información

Nombre	Luis Silvio Sanchez T.		
Cargo			
Firma	<div style="text-align: right;"> Fecha: </div>		
	Día 10	Mes 07	Año 2024.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 80-53 Piso 17 (C/ Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200, en Bogotá 307 7049 - servicio_cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co