



Formato único de conocimiento - Persona natural

Para MetLife es importante conocer a nuestro cliente, es por ello que requerimos que diligencie este formato. En caso de que sea tomador y asegurado marca ambas opciones.

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

Fecha de Diligencia	Indique	Tomador <input type="checkbox"/>	Asegurado <input checked="" type="checkbox"/>
		Tomador, es quien contrata el seguro.	Asegurado, persona que está cubierta por la póliza.

Información general	
Nombres y apellidos completos: DIEGO FERNANDO SANCHEZ TIBAGUO	
Número de identificación: 80801353	
Tipo de identificación: <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cui?	
Fecha de expedición cédula: 21.01.2003	
Fecha de nacimiento: 03.12.1984	
Ciudad de nacimiento: BOGOTÁ	
Nacionalidad: COLOMBIANA	
Tiene otra Nacionalidad: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cui?:	
Estado civil: <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado	
Información de direcciones	
Correo Electrónico: MOTRAS1984USG@GMAIL.COM	
Teléfono: 323 2339875	
Dirección: CALLE 2 # 87 H 12	
Barrio: PARTE BAJA	
Ciudad / Municipio: BOGOTÁ	
Departamento: CUNDINAMARCA	
País: COLOMBIA	
Información económica	
Actividad Económica Principal:	
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> 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:	
Código CIIU:	
Carga:	
Ocupación:	
Profesión:	
Dirección de la Empresa:	
Barrio:	
Ciudad / Municipio:	
Departamento:	
País:	
Teléfono:	
Ext:	
¿Por tu actividad o cargo administras recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Por tu actividad o cargo ejerces algún tipo de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Goza de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Existe algún vínculo entre tú y una persona considerada públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso de responder afirmativamente, por favor diligencia lo siguiente:	
Nombres y apellidos completos:	
Ocupación:	
Carga:	
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? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso de responder afirmativamente, por favor diligencia la siguiente información:	
Tipo de Operación: <input type="checkbox"/> 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"/> Cui?	
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	
Redondear, es la cobertura por la cual recibes las indemnizaciones de un siniestro.	
Indemnización, es el valor a pagar por parte de la aseguradora tras la ocurrencia de un siniestro.	

Autorización de tratamiento de datos personales	
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, sustraer, compartir, 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 contrato para el ejercicio de las mismas o a quien esta cede sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual.	
1. Finalidades del Tratamiento de los datos suministrados:	
a) El trámite de la solicitud de vinculación como consumidor financiero; b) El proceso de negociación de contratos con la ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos; c) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre; d) El control y la prevención del fraude y el lavado de activos y la financiación del terrorismo; e) La liquidación y pago de siniestros; f) El control del cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; g) La elaboración de estudios técnicos-actuarios, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora; h) El envío de información y gestión telefónica (Call Center) 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; i) El envío de información de posibles sujetos de inclusión en las 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 modifiquen y las regulaciones aplicables; j) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a los Centros de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; k) Almacenamiento y conservación de huellas dactilares; l) 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 este en vida o después de fallecido; m) Almacenamiento de información en la nube cuando sea necesario.	
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, entre las cuales a título enunciativo pero no limitativo se encuentran: el intermediario de seguros y reaseguros de la ASEGURADORA, las operaciones necesarias para el cumplimiento de deberes y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ASEGURADORA, tales como, ejecuciones, call centers, investigaciones, 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 adelanten gestiones para efectos de celebrar contratos de seguro o reaseguro, FASECOLDIA, HYPERFAS S.A. y el RIF, personas jurídicas que suministren 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.	
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: 880 002 386-5 Dirección Electrónica: www.metlife.com.co Correo Electrónico: servicio_cliente@metlife.com.co Teléfono: 3077048 en Bogotá y 800 812 200 a nivel nacional.	
4. La ASEGURADORA es la Responsable del Tratamiento y su Política de Privacidad de Datos se puede consultar en www.metlife.com.co o solicitando una copia a servicio_cliente@metlife.com.co o en la línea de atención 3077048 en Bogotá o 800 812 200 a nivel nacional.	
5. Datos Sensibles: Todos las respuestas aquí formuladas relacionadas con datos sensibles (datos de salud, biométricos) o sobre rasgos, rasgos y antecedentes son facultativas, por tanto, no ha sido obligado a responderlos 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 de 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 datos y las autoridades competentes, consulte, almacene, informe, 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 celebre 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 Asegurado y/o Beneficiario se comprometen a aceptar en todos 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 afines a dichas centrales consultarán 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.	
Firma:	
C.C. 80801353	
Módulo Único de Diligencia	
Diligencia nuevamente tus datos personales para confirmar la información	
Nombre: DIEGO FERNANDO SANCHEZ TIBAGUO	
Cargo:	
Fecha:	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____	

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros
Bogotá D.C. Cra. 7 No. 80-53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 800 812 200, en Bogotá 307 7048 - servicio_cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co