



## Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Cáncer

A continuación encontrará el detalle de la documentación y los formularios necesarios para presentar su reclamo a la Cía. Complete los mismos con letra imprenta y conteste las preguntas con precisión.

Le agradecemos enviar la documentación a nuestra oficinas

MetLife Seguros SA – Departamento de Siniestros  
Tte. Gral. Perón 646 - 6° Piso  
(1038) Cdad. De Bs.As., Argentina

***Como recomendación le sugerimos tildar los casilleros en la medida que recopile la documentación.***

- Formulario Original de “Cuestionario del Médico Asistente sobre Tumores, Quistes, Nódulos, Pólipos y/o Agrandamientos Ganglionares” completado por el médico tratante, con firma y sello del profesional.
- Estudios histopatológicos realizados para el diagnóstico.
- Fotocopia del DNI del Asegurado y/o Beneficiarios.
- “Formulario de Transferencia Bancaria para MetLife Seguros S.A.”  
En caso de la aceptación del reclamo, el Asegurado/Beneficiario recibirá el monto de la liquidación mediante una transferencia bancaria, a una cuenta de su titularidad. Para ello cada uno de los Beneficiarios deberá completar el formulario de transferencia bancaria indicando los datos de su cuenta.

Esta Compañía está facultada legalmente a requerir documentación complementaria, si lo considera razonable para evaluar la procedencia del siniestro

## CUESTIONARIO DEL MÉDICO ASISTENTE SOBRE TUMORES, QUISTES, NÓDULOS, PÓLIPOS Y/O AGRANDAMIENTOS GANGLIONARES

Nombre/s y Apellido/s

Fecha de Nacimiento

Nº de Ref.:

Nombre y dirección del médico

A fin de efectuar una evaluación equitativa para la tarificación, es necesario obtener información detallada como la que se solicita a continuación. Asimismo, sugerimos también enviar copias de los resultados de los estudios histopatológicos de los tumores y de los resultados de las revisiones de seguimiento y los exámenes complementarios.

**Rogamos conteste señalando las respuestas adecuadas y de detalles cuando sea posible.**

### Diagnóstico

Fecha del Diagnóstico

Fecha de la última consulta

Estatura

Peso

Presión arterial

/

Tratada

Fecha

	Si	No	Observaciones	Fechas
<b>En la fecha del diagnóstico</b>				
¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados?				
Benigno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si la respuesta es afirmativa; continúe relleno el cuestionario a partir de Tratamiento	
<b>Invasión local</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Metástasis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ganglios linfáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Regionales <input type="checkbox"/> Distantes	
Órganos distantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Clasificación TNM, FIGO, AJCC				
Grado histológico				
Análisis de marcadores idénticos en el tumor				
Marcadores tumorales en el suero				
<b>Tratamiento</b>				
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Finalidad de la cirugía</b>	
			<input type="checkbox"/> Diagnóstica <input type="checkbox"/> Paliativa <input type="checkbox"/> Curativa	
Radioterapia			<b>Resultado</b>	
			<input type="checkbox"/> Preoperatoria <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Paliativa	
			<input type="checkbox"/> Interrumpida <input type="checkbox"/> Completada	

## CUESTIONARIO DEL MÉDICO ASISTENTE SOBRE TUMORES, QUISTES, NÓDULOS, PÓLIPOS Y/O AGRANDAMIENTOS GANGLIONARES

	Si	No	Observaciones	Fechas
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fármacos utilizados ..... Número de ciclos ..... <input type="checkbox"/> Ininterrumpida <input type="checkbox"/> Completada .....	
Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fármacos utilizados ..... <input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Paliativa <input type="checkbox"/> Completada .....	
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....	
<b>Evolución</b>				
Remisión completa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	Desde
Recidivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número	Última
Complicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	
<b>Controles médicos</b>				
Últimos exámenes médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados:	
Rx (¿órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
TAC, RMN (¿órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Endoscopia (tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Marcadores tumorales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Otros exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
<b>Períodos de invalidez</b>				
Reincorporación al trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desde	Hasta

Firma y Sello del médico tratante ..... Lugar y Fecha .....

HOJA 2/2 - UND - 520 VMFRUCU011/1 ARGED 12/14

## FORMULARIO DE TRANSFERENCIA BANCARIA PARA METLIFE SEGUROS S.A.

Siniestro N°

Póliza

Fecha  /  /

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido completos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA CUENTA BANCARIA Y DEL TITULAR

(Para ser completado solo en el supuesto que sea procedente el pago del beneficio de la cobertura que reclaman<sup>(\*)</sup>, por cada beneficiario, y quienes deberán ser los titulares de la cuenta bancaria.)

Nombre y Apellido del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento de Identidad: \_\_\_\_\_ N° de CUIL/CUIT/CDI:

Nombre de la entidad bancaria: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Tipo y N° de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

N° de CBU:

### Domicilio real o legal:

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

(\*)Entiendo que el hecho del suministro y posterior recepción del presente formulario no será considerado una aceptación del reclamo por parte de la Compañía.

El monto transferido se imputará al pago total y definitivo del importe que me corresponde respecto al siniestro y póliza de la referencia.

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.243) y de conformidad con lo previsto en la Res. 230/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF), se solicita informar la calidad bajo la cual se cobra el mismo de acuerdo con las siguientes opciones (marcar lo que corresponda):

- Titular del interés asegurado  Tercero damnificado  
 Beneficiario designado o heredero legal  Cesionario de los derechos de la póliza

Podrá consultar el texto completo de las Resoluciones en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

\_\_\_\_\_  
Firma Aclaración Tipo y N° de Documento Certificación bancaria de la firma

METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.

MetLife Seguros S.A.

Tte. Gral. Juan D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. Argentina.

Centro de Atención al Cliente: Tel.: 4348-7500 / 0800-222-7500 – E-mail: [atencion.clientes@metlife.com.ar](mailto:atencion.clientes@metlife.com.ar) – Web: [www.metlife.com.ar](http://www.metlife.com.ar)