

## Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Despido

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 de “Denuncia de Siniestro – Desempleo Involuntario”.
- Telegrama de despido.
- 2 últimos recibos de sueldo.
- Fotocopia del DNI del Asegurado.
- “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

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO – Desempleo involuntario

### Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nac.: \_\_\_\_\_ nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto/ Of. : \_\_\_\_\_ Cod. Postal : \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Motivo de la Interrupción del Empleo

Despido  Cierre de Empresa  Otros: especificar \_\_\_\_\_

Si fue por despido: ¿Cuál fue la causa del despido?: \_\_\_\_\_

Esta comunicación deberá ser acompañada de la copia del Telegrama de Despido, copia de los 2 (dos) últimos recibos y copia del DNI.

### Datos del Empleador

Razón Social de la Empresa que se desvincula: \_\_\_\_\_  
Actividad Principal / Ramo: \_\_\_\_\_  
Período de Relación Laboral  
Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ último día de trabajo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Observaciones

Autorizo a MetLife Seguros SA a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud.

**Importante:** Requerimientos vinculados al origen de fondos. Según resolución Unidad de Información Financiera 32/2011. Declaro bajo juramento que los fondos oportunamente utilizados para el pago de la póliza a la que se refiere el presente trámite, han provenido de actividades lícitas. En caso que considere que la declaración precedente en su caso no resulta valedera, marque el siguiente casillero:

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Representante

\_\_\_\_\_  
Aclaración (y Vínculo, para Representantes)

\_\_\_\_\_  
N° de DNI

## 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 \_\_\_\_\_

<sup>(\*)</sup>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 6º (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)