



Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Fallecimiento

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 nuestras 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 “Declaración del Médico sobre la Muerte del Asegurado”.
- Formulario original de “Declaración del Beneficiario”.
- Fotocopia legalizada en original de la Partida o Certificado de defunción.
- Designación de Beneficiario en “original”.
- Declaratoria de herederos, en caso de no contar con la designación de beneficiarios.
- Fotocopia de Historia Clínica
- Fotocopia del DNI del beneficiarios /herederos.
- “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

DECLARACION DEL MEDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. Contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y a tal efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso.

1. Apellido/s y Nombre/s del Asegurado _____
2. ¿Desde qué fecha lo conocía usted? _____
Día Mes Año
3. En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia? _____
4. ¿Le conocía usted otro domicilio? Sí No ¿Cuál? _____
5. a. En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación? _____
b. ¿Le conoció usted otra ocupación? Sí No Detalle _____
6. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física del Asegurado al fallecer.
Edad _____ Estatura _____ Peso _____
7. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.) _____

8. ¿En qué fecha? _____
Día Mes Año
8. ¿Era usted su médico asistente? Sí No En caso afirmativo, ¿desde qué fecha? _____
Día Mes Año
9. a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aun las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó usted a atenderlo? _____

- b. ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? Complete su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo.

- c. Según su historia clínica, ¿cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? _____
Día Mes Año
- d. ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted? _____
- e. ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados? _____
- f. ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? _____
- g. ¿Padeció el Asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Sí No Detalle _____
- h. ¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la o las entidades. ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución? ¿Cuál? _____
- i. ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Sí No Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.

- j. ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?
Día Mes Año
- k. Si es de su conocimiento detalle los nombres y domicilios de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras. _____
- l. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? Sí No ¿Desde cuándo? _____
Día Mes Año
- ll. ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? Sí No ¿En qué fecha? _____
Día Mes Año
- m. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, evitar expresiones tales como "Paro cardio-respiratorio", "Asistolia ventricular", o similares. _____
- n. ¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad? Sí No

Apellido/s y Nombre/s del Médico

Firma del Médico

Nº Matrícula Profesional

Apellido/s y Nombre/s del Asegurado _____

ñ. En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? ¿Cuál? _____

10. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? _____
Día Mes Año

11. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? Sí No Detalle: _____

12. a. Antes de la última enfermedad del extinto, ¿en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado? _____

b. ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso? _____

13. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? Trate además de precisar fechas, duración y secuelas _____

14. a. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? Sí No

b. Nombre y domicilio _____

15. En caso de muerte por accidente:

a. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó) _____

_____ Lugar Día Mes Año Hora en que se produjo el accidente

c. Circunstancias en las que se produjo _____

d. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial _____

e. Instituciones donde estuvo internado _____

f. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados _____

g. Complicaciones o interurrencias _____

h. Diagnóstico anatomoclínico final _____

i. Causa final que indujo a la muerte _____

j. Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.) _____

k. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso _____

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.

Fecha en _____ el día _____ de _____ de/l _____

Apellido/s y Nombre/s del Médico

Firma del Médico

Nº Matrícula Profesional

Domicilio del Consultorio

Domicilio Particular

Teléfono

Datos Personales: El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Organismo de control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración por la Compañía METLIFE SEGUROS S.A. no implica reconocimiento por parte de la Aseguradora de la obligación de pagar el importe del Seguro y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la Aseguradora podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los últimos años. Al contestar las preguntas 9, 12 y 13, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará el PRONTO PAGO DEL SINIESTRO. Si la muerte hubiese sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 9. Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncopa cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minucioso detalle en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente reservándose METLIFE SEGUROS S.A., el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del Médico resultara insuficiente, utilícese el reservado al efecto al pie de esta página. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo a METLIFE SEGUROS S.A..

OBSERVACIONES ADICIONALES

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

Esta declaración se formulará por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro, y que fueran designadas como beneficiarios por el Asegurado. Este formulario es individual y en caso de que exista más de un beneficiario designado, deberán cumplimentar cada uno un formulario. Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la declaración será formulada por el albacea o administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el tutor formulará la declaración, sin perjuicio de la intervención judicial si correspondiera. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a otra persona se presentará un testimonio legalizado de acta de defunción del beneficiario fallecido. Cuando el importe del seguro por parte del mismo deba pagarse "a los hijos del asegurado", sin haberse mencionado nombre de los mismos, "o a los herederos legales del asegurado", se presentará declaratoria de herederos en testimonio legalizado. Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a ruego del/la Sr/a por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos. Las tres firmas se harán autenticar por un Escribano Público o autoridad competente del lugar. Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y completa.

Nº de la Póliza Suma Asegurada Fecha de Emisión

1. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado

2. Residencia del Asegurado desde que contrató el seguro

3. Ocupación que tenía en la fecha en que contrató el seguro

4. Si hubiere cambiado posteriormente de ocupación:
¿Cuál fue la nueva ocupación?
¿Desde cuándo la ejerció?

5. Lugar de nacimiento del Asegurado Fecha de Nacimiento
(Se adjuntará testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento si la edad del Asegurado no hubiera sido probada ante la Compañía con anterioridad.)

6. ¿De dónde se extrajo la fecha de nacimiento?

7. Para completar en caso de fallecimiento por accidente
a. Causa del fallecimiento
b. Lugar del accidente c. Lugar del fallecimiento
d. Fecha del accidente e. Fecha del fallecimiento
f. Hora del accidente
¿Cómo ocurrió? (le rogamos indique con precisión los detalles del accidente)

¿Se instuyó sumario policial? Sí No
Nombre y dirección del juzgado interviniente

(Deberá adjuntarse copia de la causa penal con el dosaje alcohólico y las pericias toxicológicas.)

8. Para completar en caso de fallecimiento por causas naturales
a. Causa de fallecimiento
b. Lugar de fallecimiento
c. Fecha de fallecimiento
(Deberá adjuntarse información médica relacionada con la enfermedad causante del fallecimiento.)

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

9. Nombre y residencia de los médicos que hayan asistido al Asegurado durante el año anterior al fallecimiento

.....

10. ¿Desde cuándo conocía al Asegurado? (Indique el número de años).....

11. ¿En qué otras compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del Asegurado?.....

12. ¿En qué carácter o con qué título reclama usted el importe del seguro?.....

En este acto autorizo a la compañía a obtener en mi nombre toda documentación médica y no médica que se me solicite en relación con el siniestro denunciado, así como a colaborar en la obtención de la misma.

Declaro ante los testigos que firman al pie que lo expresado por mí en este formulario es exacto, según mi leal saber y entender.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre/s y Apellido/s

Tipo y Nº de doc. Fecha de Vto. CUIL/CUIT

Calle Ciudad

Provincia Cód. Post. País

Nacionalidad 1 Nacionalidad 2

Fecha de nacimiento Sexo

País de Nacimiento País de Residencia

Teléfono E-mail

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 Beneficiario designado o heredero
 Tercero damnificado Cesionario de los derechos de la póliza

Podrá consultar el texto completo de las Resoluciones en el sitio www.uif.gov.ar.

.....
Firma del Beneficiario / Aclaración

.....
Firma del Testigo / Aclaración

.....
Domicilio

.....
Firma del Testigo / Aclaración

.....
Domicilio

.....
Fecha y lugar

METLIFE SEGUROS S.A. ES UNA SOCIEDAD ANÓNIMA CONSTITUIDA EN ARGENTINA Y AUTORIZADA A OPERAR POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN. Tte. Gral. J. D. Perón 646 6º (C1038AAN) C.A.B.A.

Centro de Atención al Cliente: Tel.: 4348 7500 - 0800 222 7500 - Fax.: 4348 7550 - Mail: atención.clientes@metlife.com.ar / Web: www.metlife.com.ar.

Datos Personales. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, Inciso 3 de la Ley Nº 25.326. LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

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^(*), 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.

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 – Web: www.metlife.com.ar