

## Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Fracturas, Dislocaciones y Quemaduras

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 “Denuncia de Accidentes”- Declaración del Asegurado.
- Placas radiográficas (RX) de la zona afectada, realizadas por diagnóstico.
- Fotocopia de la Historia Clínica.
- Fotocopia de denuncia policial y dosaje alcohólico (a requerimiento de la Cía según capital asegurado).
- 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



## DENUNCIA DE ACCIDENTES

### Declaración del Asegurado

Contratante .....

Póliza N° .....

Esta declaración debe llenarse y devolverse a la Compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 15 (quince) días de ocurrido el accidente.

Nombre/s y Apellido/s .....

Fecha de Nacimiento .....

DNI .....

Teléfono .....

Domicilio .....

E-mail .....

Lugar de nacimiento .....

Nacionalidad .....

CUIT/CUIL .....

Lugar, fecha y hora del accidente .....

Circunstancias del accidente y sus consecuencias .....

Tareas que desempeña habitualmente .....

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente?  Sí  No

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión .....

Parte del cuerpo lesionado .....

Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc) .....

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios .....

Es actualmente atendido por el Dr. ....

Prestándole asistencia médica en: (consultorio, hospital, sanatorio) .....

¿Se instruyó sumario policial?  Sí  No

Cualquier consulta por este servicio, por favor comuníquese al 0800 222 7500.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que MetLife Seguros S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o clínica y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Yo, abajo firmado, certifico que son sinceras y verídicas las declaraciones precedentes.

Firma y sello del asegurado

Lugar y fecha

## DENUNCIA DE ACCIDENTES

### Declaración del médico asistente

El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitirla a la Compañía dentro de los 15 días de ocurrido el accidente.

Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc.) .....

Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decubitos, fístulas, etc) .....

Estado de los músculos (trofismo y tonicidad) .....

Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos) .....

Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especificando los grados de movimiento) .....

Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc. especificando los grados de movimiento) .....

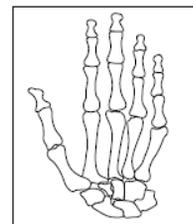
Las lesiones que presenta el asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación? .....

Fecha probable de alta médica .....

Describa las posibles secuelas .....

Otros datos complementarios .....

Se ruega al Sr. Médico Asistente indicar en el esquema el sitio de las lesiones



Firma y sello del contratante .....

Lugar y fecha .....

Nombre y apellido del médico asistente .....

Sello y firma del médico asistente .....

**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:

## 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)