



Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Incapacidad Parcial y Permanente – Perdidas Parciales

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.
- Fotocopia de denuncia policial.
- Fotocopia completa de la Causa Penal con dosaje alcohólico.
- Fotocopia de Historia Clínica.
- Certificado original de alta médica, expedido por el médico tratante, indicando detalles de las secuelas como consecuencia del accidente.
- 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 (lagas, 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

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 decúbitos, fistulas, 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)

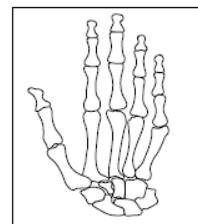
Las lesiones que presenta el asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación?

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:

METLIFE SEGUROS S.A. 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 DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Organó 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 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 – Web: www.metlife.com.ar