



Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente

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 “Declaración relativa a la Incapacidad” (Partes “1”, “2” y “3”).
- Fotocopia de la denuncia policial (sólo en caso de accidente).
- Fotocopia completa de la Causa Penal con dosaje alcohólico (Sólo en caso de accidente).
- Fotocopia de Historia Clínica.
- Copia del Dictamen de la Comisión Médica de Jubilaciones.
- 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

DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD

1. Información que suministra el contratante

Póliza N°	Certificado N°	Capital Asegurado
Nombre/s y Apellido/s completos		Fecha de Nacimiento
Lugar de nacimiento		Nacionalidad
CUIT/CUIL		E-mail
Empleado desde	¿En qué cargo?	Fecha que concurrió por última vez al trabajo
Fecha en la cual fue dado de baja de su empleo		
¿Cuál era su sueldo mensual al producirse la incapacidad?		
¿Fue la incapacidad debida a un accidente mientras estaba empleado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad? En caso afirmativo, indicar causas y fechas		
Observaciones		
Firma y sello del principal		Lugar y fecha

2. Información que suministra el asegurado

Nombre/s y Apellido/s completos	Dirección						
Localidad	C.P.	Provincia	Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> Fem.	<input type="checkbox"/> Masc.	Estado Civil
Nacionalidad		Tel	DNI		E-mail		
Naturaleza de la actual enfermedad o lesión							
¿En qué fecha empezó su incapacidad total por esta enfermedad o lesión que lo ha imposibilitado completamente para el trabajo?							
¿Desde qué época se ha empleado ud. en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo, dar detalles							
¿En qué fecha fue ud. atendido por primera vez por un médico? Indique todos los médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad							
¿Ha estado ud. recluído en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo, indique por cuánto tiempo							
Si no ha estado recluído en su casa ¿por qué está ud. incapacitado para trabajar?							
Si su incapacidad se debe a algún accidente conteste a las siguientes preguntas							
a. ¿Trabajaba ud. cuando ocurrió el accidente?							
b. ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente?							
c. Describa el accidente detalladamente							
d. Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? ¿En qué fecha?							
Firma del asegurado		Lugar y fecha					

3. Certificado del médico asistente

Nota: Este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombre completo del paciente
2. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado?
3. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado? (día / mes / año)
4. ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?
5. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?
6. ¿Qué exámenes se realizaron?
7. ¿Cuál fue el tratamiento?
8. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez? (día / mes / año)
9. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez el Asegurado? Domicilio Consultorio Trabajo
10. ¿En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura?
11. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período?
12. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa?
13. ¿Permanece aún en cama y/o en casa? Si No
14. De no guardar cama y/o reposo: ¿por qué no reasume sus tareas, aunque sea parcialmente?
15. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales?
16. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa? Si No
17. En caso afirmativo: ¿por qué causas?
18. ¿Está el Asegurado en este momento totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo y ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad? Si No
19. En caso afirmativo: ¿Desde cuándo quedó imposibilitado? (día / mes / año)
20. ¿Durante cuánto tiempo cree ud. que quedará incapacitado?
21. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora ud. dicha incapacidad?

DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD

23. ¿Podrá el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo? Sí No

24. En caso negativo: ¿Por qué motivos?

25. Con su estado actual, ¿qué tareas podría ejercer por cuenta propia y/o en relación de dependencia?

26. ¿Está ud. convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa?
 Sí No

27. En caso afirmativo: ¿Por qué motivos?

28. Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

Doctor

Domicilio

Doctor

Domicilio

Observaciones del médico

Nombre del médico

Firma

Domicilio

Matrícula

Teléfono

E-mail

Lugar y fecha

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^(*), 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