

Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos

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 gastos médicos a consecuencia de un accidente” (Parte “A” y “B”).
- Facturas o recibos de gastos “originales” (gastos de farmacia, laboratorio, consultas médicas).
- Fotocopia de Prescripciones médicas.
- Fotocopia de la Denuncia Policial y detalle pormenorizado de los hechos.
- 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 GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

PARTE A

Declaración del Asegurado / Para ser completada por el Asegurado

| | | | |
|-----------------------|-----------|---------------------|-----------|
| Nombre/s y Apellido/s | | Fecha de Nacimiento | |
| Póliza N° | Domicilio | Depto | Localidad |
| CP | Provincia | Teléfonos / E-mail | |
| Ocupación | | | |
| Lugar de nacimiento | | Nacionalidad | |
| DNI | | CUIT/CUIL | |
| Describa la lesión | | | |

El accidente

¿Cuándo ocurrió? (fecha y hora)

¿Cómo ocurrió?

Datos del primer médico consultado

| | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Nombre/s y Apellido/s | | | |
| Domicilio | Depto. | Localidad | CP |
| Provincia | Teléfonos | | Fecha de la primer consulta |

Nombre de otros médicos que lo asisten por esta lesión

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Si No Indique nombre del hospital

Fecha de ingreso Fecha de egreso

Totalmente incapacitado: desde hasta

Parcialmente incapacitado: desde hasta

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 y las facturas adjuntas son verídicas y cabales. 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.

Firma y aclaración del Asegurado Lugar y fecha

Adjunto por separado originales de facturaS de LOS gastos De LA Clínica y de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestésista, Ayudante, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)

DENUNCIA DE GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

PARTE B

Para ser completada por el Médico Asistente

Nombre/s y Apellido/s del paciente Edad

Dé su diagnóstico completo

Si se practicó cirugía describa la operación

¿Dónde se efectuó la operación?

Fecha de la operación

Honorarios por Cirugía únicamente (exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.)

Indique todas las fechas en las cuales atendió al paciente en el Hospital

Total \$

¿Ordenó ud. la hospitalización? Sí No Nombre del hospital

Admitido el día de de a las AM / PM hs.

Salida el día de de a las AM / PM hs.

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de la lesión?

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión?

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado para efectuar toda y cada una de sus tareas?

Desde Hasta

Obligaciones del paciente en su trabajo

Observaciones

Firma del Médico y Sello

Aclaración 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 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