

## Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Renta diaria por Internación /hospitalización

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 “Información sobre Internación” (Parte “A” y “B”).
- 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

### PARTE A

#### Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación

Cualquier internación debe ser comunicada a MetLife Seguros S.A. dentro de los 5 (cinco) días corridos de haberse efectuado la misma.

Nº de Póliza ..... Nº de Certificado .....

Nacido en ..... Fecha .....

Nacionalidad ..... Estado Civil .....

DNI ..... Teléfono ..... E-mail .....

Por medio de la presente informo que (apellido y nombre del paciente) .....

ha sido internado en (nombre del establecimiento asistencial y dirección) .....

..... el día ..... de ..... de 20 ..... con motivo de .....

(descripción de la enfermedad o lesión) .....

y ha sido dado de alta el día ..... de ..... de 20 ..... a las ..... horas. ....

#### En caso de haber sido la internación en terapia intensiva detallar

Desde el día ..... de ..... de 20 ..... hasta el día ..... de ..... de 20 ..... a las ..... horas. ....

Su médico asistente es el Doctor .....

Desde el día ..... de ..... de 20 .....

Lugar y fecha ..... Firma y aclaración .....

Sello de la Institución de Internación ..... Dirección / Teléfono .....

Nombre del Asegurado Principal .....

Presentada esta información en (lugar y fecha) .....

Aclaración de firma y cargo .....

### PARTE B

#### Para ser completada por el Asegurado

Nombre/s y Apellido/s

Domicilio

Piso y Dpto.

Localidad

CP

Provincia

Teléfonos

Profesión

Ocupación

Tipo y N° de Documento

CUIT/CUIL

E-mail

#### Completar en caso de internación por accidente

¿Cuándo ocurrió el accidente? (fecha y hora)

Circunstancias del accidente y sus consecuencias

¿Hubo intervención policial?  Si  No

Indique en qué comisaría

Se instruyó sumario judicial  Si  No

Juzgado interviniente

¿Se le efectuó dosaje alcohólico y/o toxicológico?  Si  No

#### Completar en caso de internación por enfermedad

Diagnóstico preciso de la enfermedad

Fecha del diagnóstico

¿Estuvo internado por el mismo diagnóstico anteriormente?  Si  No

¿Cuándo?

Indique nombre y dirección de la institución

Nombre del médico que diagnosticó la enfermedad

Indique la dirección y tel. del mismo

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

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:

Firma y aclaración del Asegurado

DNI

Lugar y fecha

**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 6° (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 N° 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.

## 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 \_\_\_\_\_

<sup>(\*)</sup>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)