

Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Robo

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 Siniestro – Seguro Bolso Protegido”.
- Denuncia policial en original.
- Fotocopia del DNI del Asegurado.
- Comprobantes originales de gastos por reemplazo de llaves, documentos y tarjetas (según cobertura contratada).
- Comprobante de compra de los objetos robados.
- Detalles de las pertenencias sustraídas y que fueran declaradas en la denuncia policial (tipo, marca, valor de compra, etc.).
- Comprobante de Suspensión por Robo, de la línea telefónica, emitido por la Compañía Telefónica Móvil
- “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 SINIESTRO – SEGURO BOLSO PROTEGIDO

Importante: Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos en su totalidad. El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 (tres) días de conocerlo. El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en el supuesto de este incumplimiento (Art. 46° y 47° de la Ley de Seguros). En caso de presentar vía fax este formulario y la documentación necesaria, recuerde conservar los originales en su poder.

POLIZA N° FECHA DE DENUNCIA

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido

DNI / CI / LE / LC / Pasaporte CUIT / CUIL

Domicilio particular Calle

N° Piso Depto. Localidad CP Provincia

Teléfono particular Celular

Correo electrónico

INFORMACION SOBRE EL SINIESTRO

Lugar Fecha Hora

HECHOS Y CIRCUNSTANCIAS DEL EVENTO

Describe detalladamente cómo ocurrió, en letra legible

DETALLE LAS PERTENENCIAS SUSTRADAS

DOCUMENTACION REQUERIDA

- Denuncia policial
- Fotocopia de DNI
- Comprobante de gastos para reemplazo de llaves y documentos

Importante: Para iniciar el trámite es imprescindible contar con la denuncia policial original.

DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes. “La recepción de esta solicitud no implica aceptación de riesgo”. Se notifica que a consecuencia de esta denuncia, puede ser llamado por un estudio liquidador de siniestros, conforme a la Ley de Seguros 17.418 para verificar sus circunstancias y el alcance de la prestación a cargo del Asegurador.

Importante: La Compañía no considerará que ha finalizado con la denuncia de siniestro, aun cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo.

El Asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al Asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el Asegurador se pronuncie acerca del derecho del Asegurado, Art. 46° y 56° de la Ley de Seguros.

APROBACION DEL SINIESTRO

Una vez determinada por la Aseguradora la aprobación del siniestro denunciado en la presente y, consecuentemente, la procedencia de su pago, y acordado entre las partes el monto de la liquidación, solicito que dicha suma sea acreditada en la cuenta bancaria indicada más abajo.

Dejo constancia que a partir del momento en que dicha suma se encuentre acreditada en la cuenta antes indicada, la Aseguradora quedará librada de toda obligación en relación al siniestro denunciado en el presente formulario.

Asimismo tomo conocimiento que el monto indemnizable se determinará conforme con las pautas establecidas en las Condiciones Generales.

DATOS BANCARIOS

Cuenta N° CBU

Tipo de cuenta Banco Sucursal N°

FECHA

ACLARACION

FIRMA

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