

Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Transplantes

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 “Denuncias de Enfermedades Graves” – Declaración del Asegurado (Hojas “1”, “2” y “3”).
- Comprobación médica fehaciente sobre el Transplante de órganos (una vez producido).
- Documentación respaldatoria del diagnóstico (estudios clínicos, radiológicos, histológicos y/o laboratorio).
- Fotocopia de la Historia Clínica.
- 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 ENFERMEDADES GRAVES

Declaración del Asegurado

Nombre/s y Apellido/s

Fecha de Nacimiento

Nº de Póliza

DNI

Teléfono

E-mail

Domicilio

Lugar de nacimiento

Nacionalidad

Detalles del Siniestro

Le rogamos indique cualquier detalle inclusive fechas en cuanto a la enfermedad grave que padece, los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y en caso de una hospitalización, el nombre del sitio donde tuvo lugar la internación.

Naturaleza del siniestro

Detalles de cualquier consulta efectuada a la enfermedad que padece

Fechas

Nombre del Hospital

Tratamiento

Si posee ud. informes de un médico o del hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad grave sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

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 que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por el presente autorizo la entrega de dicha información.

Lugar y fecha

Firma y aclaración



DENUNCIA DE ENFERMEDADES GRAVES

Declaración del médico asistente

Nombre/s y Apellido/s

Domicilio

Nº de Póliza

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad del reclamante

2. Fecha en la que el reclamante se dio cuenta de la enfermedad

3. ¿Cuándo fue ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?

4. ¿Es ud. el médico habitual de cabecera del reclamante?

5. ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y qué tipo de medicación recibe?

6. ¿Con qué frecuencia acude el reclamante a su consulta?

7. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del reclamante que pueda estar conectado con la enfermedad que padece?

8. ¿Qué limitaciones físicas y/o neurológicas tiene el reclamante en la actualidad?

9. ¿En caso de enfermedades de corazón, le rogamos nos indique:

Historial de dolores torácicos

Nuevos cambios de ECG

Elevación de las enzimas cardíacas

DENUNCIA DE ENFERMEDADES GRAVES

10. En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada.

11. En el caso de derrame o hemorragia e infarto cerebrales, le rogamos indique detalles en cuanto a:

Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas

Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por fuente extracraneal

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual

12. En caso de cáncer, describa con detalle:

Sería de gran ayuda si ud. nos pudiera entregar informes del Hospital, valoración de ECD, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda ud. tener.

Nombre y apellido del médico asistente

Sello y firma del médico asistente

Especialidad

Domicilio

Este informe no deberá ser devuelto al reclamante sino enviado directamente a la Compañía de Seguros de Vida, la cual tratará esta información totalmente confidencial.

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 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^(*), 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