



Documentación requerida para reclamos por la cobertura de Vida Obligatorio

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 nuestras 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 “Denuncia de Siniestro” – Informe del Contratante.
- Fotocopia legalizada en original de la partida de defunción.
- Constancia de CUIL del/la asegurado/a, la cual se deberá solicitar en ANSES.
- Formulario de Baja ante la AFIP o Formulario Alta Temprana.
- Copia de la DDJJ y del VEP del F931, y la Nómina SICOSS declarada ante la AFIP – solo la hoja en donde aparece el/la asegurado/a del mes del fallecimiento, y del mes anterior.
- Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final, como así también copia certificada por el empleador del último recibo de haberes que fuera firmado por el/la asegurado/a. Nota: entendemos como copia certificada por el empleador, a la fotocopia del recibo, firmado y sellado en original por personal de RRHH.
- Designación de beneficiarios en original, talón para la aseguradora, confeccionado en formulario de MetLife, el mismo deberá estar firmado por el/la asegurado/a, además deberá estar sellado y firmado por el contratante.
- Fotocopia del DNI de el/la/los beneficiario/a/s, en donde conste el domicilio real, caso contrario, adjuntar fotocopia del cambio de domicilio y/o nota suscripta por el/la/los beneficiarios indicando el domicilio actual a modo de declaración jurada.
- “Formulario de Transferencia Bancaria para MetLife Seguros S.A.”
En caso de la aceptación del reclamo, el 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

Informe del Contratante

Nombre/s y Apellido/s completos del Asegurado

Nacido en

Fecha

Nacionalidad

Estado civil

DNI

Domicilio

Póliza N°

Vigencia

N° del último endoso abonado

Vigencia (mes y año de cobertura)

Emitido el

Último sueldo del Asegurado \$

Certificado N°

Vigencia

Capital asegurado \$

Fecha ingreso al empleo

Último día de trabajo efectivo

N° de CUIL

Tipo de reclamo

Fallecimiento / Fecha

Lugar

Causa

Beneficiarios (consignar todos los datos solicitados)

1. Nombre/s y Apellido/s completos

Parentesco

Edad

Domicilio

CUIT/CUIL

Tipo y N° de Documento

Teléfono / E-mail

2. Nombre/s y Apellido/s completos

Parentesco

Edad

Domicilio

CUIT/CUIL

Tipo y N° de Documento

Teléfono / E-mail

Observaciones

Firma y sello del Contratante

Lugar y fecha

Nota: En caso de haber más beneficiarios favor consignar en el reverso. Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico", copia autenticada de la partida de defunción y copia de los últimos recibos de sueldo a la fecha de fallecimiento.

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