

Formulario de Reclamación por Siniestro



MetLife Seguros S.A.

Póliza(s) N°



Para ser llenado por el Beneficiario o Reclamante de la Póliza.
Agradecemos completar todos los campos pertinentes respecto a la cobertura a reclamar.
Por favor completar el presente formulario con una sola tinta, sin tachaduras ni enmiendas.

Coberturas a Reclamar

Muerte Natural	Gastos Médicos	Incapacidad Temporal
Muerte Accidental	Enfermedad Crítica	Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente
Desempleo	Desmembramiento	Renta Diaria por Hospitalización
Cónyuge o Grupo Familiar	Dislocaciones	Otros
Fracturas	Quemaduras	

Datos del Asegurado

Nombres	Apellidos
Documento de Identidad	Parentesco con el reclamante

Datos del Reclamante

Nombres	Apellidos	Documento de Identidad
Dirección	Localidad	Departamento
Teléfono	Celular	E-Mail
Nacionalidad	País de Residencia	
¿Actúa en nombre de todos los Beneficiarios?	Si	No

Información sobre el Siniestro

Lugar	Fecha (dd/mm/aa)	Hora
Causas del siniestro		
Describa las circunstancias en las que ocurrió el siniestro		
Ocupación a la Fecha del Siniestro	Fecha de último día trabajado (dd/mm/aa)	

Vínculo con otras Aseguradoras

¿El asegurado tiene/tenía pólizas de vida con otras Compañías?	Si	No	
Producto	Compañía	Valor Asegurado	Fecha de Iniciación

Antecedentes Médicos del Asegurado

¿El Asegurado estuvo internado o bajo tratamiento en un hospital, sanatorio, asilo u otra institución durante los últimos tres años? Si No

Médicos que lo atendieron durante su última enfermedad y durante los últimos tres años.

Enfermedad	Fecha de Atención	Nombre del Médico	Institución Médica

Si el objeto de la reclamación es por Incapacidad Total y Permanente, indique:

Fecha del Dictamen de la Incapacidad (dd/mm/aa)	Organismo de Seguridad Social que dictaminó la Incapacidad	% de Baremo
---	--	-------------

Si el objeto de la reclamación es por Accidente, indique:

Practicaba al momento del accidente algún deporte riesgoso? Si la respuesta es SI, indique Cuál:	Si	No	Participación Policial	Si	No
			Autopsia	Si	No
			Dosaje Toxicológico	Si	No

Si el objeto de la reclamación es por Desmembramiento o Pérdida Funcional, indique:

¿Sufrió amputación de algún miembro o dedo?	Si	No
Tipo de Lesión	Detalle de la amputación	

Si el objeto de la reclamación es por Gastos Médicos, indique:

Valor del Reembolso de Gastos Médicos	(Corresponde a los gastos incurridos dentro de los 30 días de ocurrido el accidente. A los efectos del reembolso deberá presentar Comprobantes Originales)
\$ U\$S	

Si el objeto de la reclamación es por Renta Diaria de Hospitalización, indique:

Centro Médico donde estuvo hospitalizado	Fecha de Ingreso (dd/mm/aa)	Fecha de Salida (dd/mm/aa)
--	-----------------------------	----------------------------

¿Estuvo internado en CTI ?	Si	No	Fecha de Ingreso (dd/mm/aa)	Fecha de Salida (dd/mm/aa)
----------------------------	----	----	-----------------------------	----------------------------

Si el objeto de la reclamación es por Incapacidad Temporal, indique:

Fecha de inicio de Incapacidad (dd/mm/aa)	Fecha de finalización de Incapacidad (dd/mm/aa)
---	---

Si el objeto de la reclamación es por Fractura:

Hueso Fracturado	Tipo de Fractura	Simple	Abierta
		Multiple	Cerrada

Si el objeto de la reclamación es por Dislocaciones, indique:

Espina	Cadera	Rodilla	Hombro	Muñeca	Tobillo	Otros
--------	--------	---------	--------	--------	---------	-------

Si el objeto de la reclamación es por Quemaduras, indique:

Grado de quemadura	% de Cuerpo afectado
--------------------	----------------------

Si el objeto de la Reclamación es por Enfermedades Críticas, indique:

Diagnóstico	Fecha del Diagnóstico (dd/mm/aa)
-------------	----------------------------------

Si el objeto de la Reclamación es por Cirugía, indique:

Tipo de Cirugía	Fecha del Diagnóstico (dd/mm/aa)
-----------------	----------------------------------

Fecha de Intervención (dd/mm/aa)	Lugar	Médico Tratante
----------------------------------	-------	-----------------

Datos del Beneficiario

Nombres		Apellidos		Documento de Identidad	
Dirección			Localidad		Departamento
Teléfono	Celular	E-Mail			Parentesco

Que medio de pago prefiere para la Reclamación

Transferencia Bancaria (*El Beneficiario / Asegurado Deberá ser el Titular de la cuenta bancaria. No se Aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros*)

Banco		Sucursal		Tipo de Cuenta	
Número de Cuenta			Nombre del Titular (<i>de la cuenta</i>)		

Recuerde adjuntar comprobante de cuenta bancaria o ticket de cajero.

En caso que la cuenta fuera en el exterior: Dirección del Banco

Código Swift		País de Origen		Moneda	
--------------	--	----------------	--	--------	--

Otro

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: Al suscribir este documento (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para que MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recabe y trate mis Datos Personales con el fin de administrar mi seguro, y (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente mis Datos Personales a sus afiliadas y a terceros proveedores con la finalidad de que procesen los datos por cuenta y orden de MetLife. El responsable de la base de datos es MetLife, domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Podré ejercer mis derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de mis Datos Personales mediante una comunicación escrita a las oficinas de MetLife. Podré ejercer estos derechos en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Al suscribir este documento autorizo a MetLife a enviarme información y ofertas sobre los productos de MetLife.

Dejo constancia que acepto como válidas las notificaciones que MetLife efectúe por telegrama colacionado o correo electrónico o mensaje de texto a la dirección, email o celular, respectivamente, que indico en este formulario.

Dejo Constancia que una vez efectuado el pago en la cuenta bancaria antes mencionada, no tendré nada que reclamar contra Metlife Seguros S.A. con respecto al beneficio que origina dicho pago, desistiendo de toda acción contra la Compañía. La constancia del depósito tendrá valor de recibo. Declaro aceptar que en caso de existir costos asociados a la transferencia bancaria los mismos estén a mi cargo. Manifestamos ser los únicos beneficiarios bajo la póliza y declaramos no estar en conocimiento de otros beneficiarios. Si MetLife recibiera algún reclamo Judicial o Extra Judicial por parte de terceros respecto a la procedencia del pago de este beneficio nos obligamos a mantener indemne a MetLife, reintegrando la cuota parte que pudiera corresponder a los reclamantes.

Firmas

Firme
Aquí

Aclaración

Documento de Identidad | Lugar | Fecha (dd/mm/aa)

Huella (*En caso de no poder Firmar*)

Información del Contratante Empleador

Corresponde solamente a pólizas colectivas y debe ser completado por la persona representante de la empresa.

Nombre de la Empresa

Dirección

Departamento

Fecha de Ingreso al Trabajo
(dd/mm/aa)

Fecha de Último día Trabajado
(dd/mm/aa)

Último Salario (\$)

Firme Aquí	Contratante	Aclaración	Documento de Identidad
	Cargo	Lugar	Fecha (dd/mm/aa)

Vías de contacto

Dirección:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700