

DECLARACIÓN DE SINIESTRO POR CAUSAS NATURALES

Esta comunicación constituye suficiente notificación del siniestro a MetLife Chile Seguros de Vida S.A., pero no libera de la obligación de presentar el formulario firmado en original con los documentos respectivos que se indican al final de esta declaración.

En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

RUT - Apellido Paterno

Apellido Materno Nombres

Vínculo con el Asegurado Teléfono Fijo

Teléfono Celular Fax E-mail

Dirección (Calle, N°, Dpto.)

Comuna Ciudad País

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO (si es distinto al reclamante)

RUT - Apellido Paterno

Apellido Materno Nombres

N° de la(s) póliza(s) reclamada(s) 1 2 3 4

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE (si es distinto al asegurado)

Rut - Apellido Paterno

Apellido Materno Nombres

N° de la(s) póliza(s) reclamada(s) 1 2 3 4

TIPO DE SINIESTRO (marque en las celda(s) que corresponda(n))

Muerte Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Enfermedad Indique si adicionalmente reclama Exoneración de Primas

INFORMACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

Actividad Profesión

Último día que trabajó Sistema de salud previsional

Día Mes Año

INFORMES CLÍNICOS DEL ASEGURADO

Indique los siguientes datos de los médicos que atendieron al asegurado en los últimos 5 años. En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

Nombre	Dirección	Teléfono
1		
2		
3		

Nombres de las clínicas u hospitales que atendieron al asegurado en los últimos 5 años.

1		3	
2		4	

Fecha de Ocurrencia del Siniestro Reclamado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	Fecha los Primeros Síntomas de la Enfermedad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mes Año</small>	Fecha de su Primera Consulta Médica por su Enfermedad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mes Año</small>	Fecha de Diagnóstico por un Médico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Mes Año</small>
--	--	---	--

BENEFICIARIOS

Esta información es de carácter referencial. La Compañía revisará los últimos antecedentes suscritos por el asegurado.

RUT	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
1			
2			
3			
4			

Nro. de documentos presentados (incluya las dos hojas de esta declaración)

E-mail	Dirección

Fecha de Declaración
Día Mes Año

Timbre y Fecha Recepción Compañía de Seguros
Día Mes Año

Firma del Reclamante

CY380512

SEGUROS EN OTRAS COMPAÑÍAS

En caso de no ser suficiente el espacio proporcionado, adjunte toda información adicional en otro formulario.

	Cobertura Contratada	Monto Asegurado UF	Compañía Aseguradora
1			
2			
3			
4			

Declaro bajo juramento que la información, documentos y antecedentes proporcionados corresponden a la realidad y son auténticos.

Autorización: Por medio del presente, autorizo a cualquier hospital, clínica, médico o empleador a que suministre a MetLife Chile Seguros de Vida S.A., Rut: 99.289.000-2, parte o toda la información relacionada con alguna enfermedad o accidente, historia médica, consultas, exámen o tratamiento y/o copias de todos los registros hospitalarios médicos del asegurado.

- Los antecedentes solicitados en este formulario son los mínimos necesarios para proceder a la evaluación, sin perjuicios de las gestiones y antecedentes que las circunstancias posteriormente exijan.
- El presente formulario deberá ser impreso, llenado, firmado ambas hojas y entregado físicamente en las oficinas de la Compañía ubicadas en Agustinas 640, piso 1 Santiago o en cualquiera de nuestras sucursales a lo largo del país.

Rut del Reclamante	Fecha de Declaración	Timbre y Fecha Recepción Compañía

Firma del Reclamante

ANTECEDENTES BÁSICOS QUE DEBE ADJUNTAR CON LA PRESENTACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN EN LA COMPAÑÍA

- 1- Esta declaración de siniestro (hojas 1 y 2 debidamente firmadas y fechadas).
- 2- Documento original de la póliza o una carta de solicitud de emisión de duplicado en caso de extravío.
- 3- Fotocopia de la cédula de identidad del reclamante por ambos lados.

En Caso de Fallecimiento

- 1- Certificado de defunción con causa de muerte. En original (no fotocopia).
- 2- Fotocopia de la cédula de identidad de (los) beneficiario(s) por ambos lados.
- 3- Posesión efectiva en caso de no existir **Declaración de Beneficiarios**.
- 4- Certificado de nacimiento de los beneficiarios menores de edad en donde figure el nombre de los padres.
- 5- Parte policial cuando corresponda.

En Caso de Incapacidad Total y Permanente 2/3

- 1- Certificado de nacimiento del Asegurado. En original (no fotocopia).
- 2- Fotocopia por ambos lados de la cédula de identidad del Asegurado.
- 3- Ficha clínica del Asegurado.
- 4- Informe del médico tratante que certifique el estado actual del Asegurado.
- 5- Radiografías y exámenes practicados al Asegurado.
- 6- Dictamen de invalidez.

Notas: El plazo de presentación y notificación están señalados en las condiciones de su póliza. Verifique que los documentos solicitados se adjuntan a la presente declaración.

En todo caso, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar mayores antecedentes si así lo estima conveniente.