

DECLARACIÓN DE SINIESTRO POR CAUSA ACCIDENTAL (Indemnizaciones por fallecimiento, invalidez y/o desmembramiento accidental)

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

E-Mail*

* Todas las notificaciones o comunicaciones, sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario. En caso de oposición u otra circunstancia, las notificaciones se efectuarán mediante el envío de carta certificada al domicilio informado.

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 la celda(s) que corresponda(n))

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

Describa las circunstancias del accidente en forma detallada.

Fecha del accidente -- Hora del accidente : AM PM

Lugar del Accidente

Razón por la cual el Asegurado se encontraba en el lugar del accidente.

INFORMACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

Actividad Profesión

Último día que trabajó -- Sistema de salud previsional

BENEFICIARIOS

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

RUT	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-mail	Dirección
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del Reclamante

Fecha de Declaración --

Timbre y Fecha Recepción Compañía de Seguros --

INFORMES CLÍNICOS DEL ASEGURADO

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

	Nombre	Dirección	Teléfono
1			
2			

Nombre de las Clínicas u Hospitales que atendieron al asegurado por este evento.

1		2	
---	--	---	--

N° de documentos presentados (incluya las dos hojas de esta declaración)

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			

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, examen 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.

- La liquidación del siniestro se practicará directamente por MetLife Chile Seguros de Vida S.A., sin perjuicio del derecho que le asiste para solicitar por escrito dentro de los próximos 5 días, que la liquidación sea encomendada a un liquidador externo registrado en la Superintendencia de Valores y Seguros.

Rut del Reclamante	Fecha de Declaración	Timbre y Fecha Recepción Interamericana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Día Mes Año	Día Mes Año
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.
- 4- Parte policial (certificado policial no es válido) y resultado de alcoholemia en caso de ser un accidente de tránsito e ir conduciendo un vehículo motorizado.
- 5- En su defecto informe emitido por Fiscalía Regional del Ministerio Público correspondiente (Reforma Judicial Penal) Si es accidente del trabajo, adjuntar informe de la Mutual de Seguridad de Accidente del Trabajo correspondiente.

En Caso de Fallecimiento

- 1- Certificado de defunción. 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- Informe de autopsia Instituto Médico Legal.
- 6- Parte Policial.

En Caso de Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente o Desmembramiento

- 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, conjuntamente con el resultado
- 6- Para casos de Incapacidad Total y Permanente, preentar dictamen de Invalidez del Compin o AFP si existiera.
- 7- Parte policial cuando corresponda.

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

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