

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

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 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 Día Mes Año Sistema de salud previsional

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

1	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>

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

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"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nro. de documentos presentados (incluya las dos hojas de esta declaración)	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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del Reclamante

Fecha de Declaración Día Mes Año

Timbre y Fecha Recepción Compañía de Seguros Día Mes Año

