



DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD

1. Información que suministra el contratante

Póliza N°	Certificado N°	Capital Asegurado
Nombre/s y Apellido/s completos		Fecha de Nacimiento
Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
CUIT/CUIL	E-mail	
Empleado desde	¿En qué cargo?	Fecha que concurrió por última vez al trabajo
Fecha en la cual fue dado de baja de su empleo		
¿Cuál era su sueldo mensual al producirse la incapacidad?		
¿Fue la incapacidad debida a un accidente mientras estaba empleado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad? En caso afirmativo, indicar causas y fechas		
Observaciones		
Firma y sello del principal	Lugar y fecha	

2. Información que suministra el asegurado

Nombre/s y Apellido/s completos del asegurado		
Dirección	Localidad	C.P.
Provincia	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.
Estado Civil	Nacionalidad	Tel
DNI	E-mail	
Naturaleza de la actual enfermedad o lesión		
¿En qué fecha empezó su incapacidad total por esta enfermedad o lesión que lo ha imposibilitado completamente para el trabajo?		
¿Desde qué época se ha empleado ud. en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo, dar detalles		
¿En qué fecha fue ud. atendido por primera vez por un médico? Indique todos los médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad		
¿Ha estado ud. recluído en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo, indique por cuánto tiempo		
Si no ha estado recluído en su casa ¿por qué está ud. incapacitado para trabajar?		
Si su incapacidad se debe a algún accidente conteste a las siguientes preguntas		
a. ¿Trabajaba ud. cuando ocurrió el accidente?		
b. ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente?		
c. Describa el accidente detalladamente		
d. Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? ¿En qué fecha?		
Firma del asegurado	Lugar y fecha	

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

3. Certificado del médico asistente

Nota: Este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombre completo del paciente
2. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado?
3. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado? (día / mes / año)
4. ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?
5. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?
6. ¿Qué exámenes se realizaron?
7. ¿Cuál fue el tratamiento?
8. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez? (día / mes / año)
9. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez el Asegurado? Domicilio Consultorio Trabajo
10. ¿En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura?
11. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período?
12. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa?
13. ¿Permanece aún en cama y/o en casa? Si No
14. De no guardar cama y/o reposo: ¿por qué no reanuda sus tareas, aunque sea parcialmente?
15. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales?
16. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa? Si No
17. En caso afirmativo: ¿por qué causas?
18. ¿Está el Asegurado en este momento totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo y ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad? Si No
19. En caso afirmativo: ¿Desde cuándo quedó imposibilitado? (día / mes / año)
20. ¿Durante cuánto tiempo cree ud. que quedará incapacitado?
21. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora ud. dicha incapacidad?



DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD

23. ¿Podrá el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo? Si No

24. En caso negativo: ¿Por qué motivos?

25. Con su estado actual, ¿qué tareas podría ejercer por cuenta propia y/o en relación de dependencia?

26. ¿Está ud. convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa?

Si No

27. En caso afirmativo: ¿Por qué motivos?

28. Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

Doctor

Domicilio

Doctor

Domicilio

Observaciones del médico

Nombre del médico

Firma

Domicilio

Matrícula

Teléfono

E-mail

Lugar y fecha

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