



## DENUNCIA DE SINIESTRO

### Informe del Contratante

Nombre/s y Apellido/s completos del Asegurado

Nacido en	Fecha	
Nacionalidad	Estado civil	
DNI	Domicilio	
Póliza N°	Vigencia	
N° del último endoso abonado	Vigencia (mes y año de cobertura)	Emitido el
Último sueldo del Asegurado \$	Certificado N°	Vigencia
Capital asegurado \$		
Fecha ingreso al empleo	Último día de trabajo efectivo	
N° de CUIL	Tipo de reclamo	
Fallecimiento / Fecha	Lugar	Causa

**Beneficiarios** (consignar todos los datos solicitados)

#### 1. Nombre/s y Apellido/s completos

Parentesco	Edad
Domicilio	CUIT/CUIL
Tipo y N° de Documento	Teléfono / E-mail

#### 2. Nombre/s y Apellido/s completos

Parentesco	Edad
Domicilio	CUIT/CUIL
Tipo y N° de Documento	Teléfono / E-mail

### Observaciones

Firma y sello del Contratante

Lugar y fecha

**Nota:** En caso de haber más beneficiarios favor consignar en el reverso. Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico", copia autenticada de la partida de defunción y copia de los últimos recibos de sueldo a la fecha de fallecimiento.

**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