

## 1. LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD
-----	-----	-----	--------

## 2. COBERTURAS A RECLAMAR

MARQUE CON UNA X EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN:

<input type="checkbox"/> MUERTE NATURAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL
<input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GRAVE	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> DESMEMBRACIÓN	<input type="checkbox"/> GASTOS MÉDICOS
	<input type="checkbox"/> FRACTURAS	<input type="checkbox"/> QUEMADURAS

## 3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TOMADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.
PARENTESCO CON EL RECLAMANTE	NÚMERO DE LAS PÓLIZAS

## 4. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	TELÉFONO	CIUDAD
E-MAIL	CELULAR	¿ACTÚA EN NOMBRE DE TODOS LOS BENEFICIARIOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## 5. VÍNCULOS CON OTRAS ASEGURADORAS

PRODUCTO	COMPAÑÍA	VALOR ASEGURADO	FECHA DE INICIACIÓN
			DD   MM   AA
			DD   MM   AA

## 6. INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

LUGAR DEL SINIESTRO	FECHA DEL SINIESTRO	DD	MM	AA	HORA DEL SINIESTRO				
CAUSAS DEL SINIESTRO									
DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO									
OCUPACIÓN A LA FECHA DEL SINIESTRO									
¿CUANDO PUDO EL ASEGURADO ATENDER POR ÚLTIMA VEZ A SU TRABAJO?									
¿EL ASEGURADO ESTUVO INTERNADO O BAJO TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL, SANATORIO, ASILO Y OTRA INSTITUCIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS?									
SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y/O INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, INDIQUE: FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DETERMINADA POR LA JUNTA DE INVALIDEZ.			DD	MM	AA				
SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR ACCIDENTE, INDIQUE: ¿EL ASEGURADO SE ENCONTRABA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ AL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE									
DETALLE DEL ACCIDENTE									
SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR GASTOS MÉDICOS, INDIQUE: VALOR DEL REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS \$									
SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN, INDIQUE:	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FECHA DE INGRESO	DD	MM	AA	FECHA DE SALIDA	DD	MM	AA
SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR INCAPACIDAD TEMPORAL:	FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD	DD	MM	AA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE INCAPACIDAD	DD	MM	AA	

## 7. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ASEGURADO

MÉDICOS QUE LO ATENDIERON DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD Y DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS

ENFERMEDAD	FECHA DE ATENCIÓN			NOMBRE DEL MÉDICO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
	DÍA	MES	AÑO		

Por medio de este formulario presento reclamación por el mencionado seguro y acepto que todas las declaraciones que hago y las que hacen terceras personas a través de los demás documentos que se adjunten al mismo, son verídicas. Adicionalmente, reconozco que la aceptación del formulario por parte de la Compañía no implica que el seguro por el que se reclama esté en vigor y mucho menos, que este será pagado. El formulario y los documentos anexos son una simple reclamación sobre la que la compañía deberá dar respuesta, aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizo a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica completa del asegurado, si este es el mismo reclamante o si soy su heredero.

FIRMA DEL RECLAMANTE	HUELLA
C.C. No.:	

NOTA: LA INFORMACIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO SERÁ UTILIZADA PARA LA NOTIFICACIÓN DE PAGOS Y LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SERVICIO.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

© 2016 MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este documento pueden ser reproducidos o transmitidos por forma alguna, sin el previo y expreso permiso escrito emitido por quien lo publica.

MLNCGGEN321/0 - COL - ED2/2018

www.metlife.com.co

www.facebook.com/MetLifeColombia

servicio.cliente@metlife.com.co

Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal)