

Denuncia de Siniestro - Desempleo

MetLife Seguros S.A.



Póliza N°

! Por favor completar el presente formulario con una sola tinta, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos del Asegurado

Nombres		Apellidos		Documento de Identidad	
Fecha de Nac. (dd/mm/aa)		Lugar de Nac.:		Nacionalidad	
Estado Civil:		Sexo:			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Masculino			
<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Femenino			
Domicilio				C.P.	
Localidad		Departamento		Teléfono	
E-Mail			Celular		

Motivo de la Interrupción del Empleo

Despido Cierre de Empresa Otros (*especificar*) _____

Si fue por despido, ¿Cuál fue la causa del despido? _____

Esta comunicación deberá ser acompañada de la copia del Telegrama o Carta de Despido, copia de los 2 (dos) últimos Recibos de Sueldo, Recibo de Liquidación por Egreso y copia del Documento de Identidad.

Datos del Empleo

Razón Social de la Empresa que se desvincula _____

Actividad Principal / Ramo _____

Tipo de Relación Laboral: Permanente Zafral Independiente
 Contrato a Término Tareas Comunitarias

Período de Relación Laboral

Desde (dd/mm/aa) _____ Hasta (dd/mm/aa) _____ Último día de trabajo (dd/mm/aa) _____

Declaro que no tengo parentesco directo con el Empleador, ni soy Accionista o Miembro del Directorio de la empresa en la que me encontraba trabajando.

Observaciones

Autorizo a MetLife Seguros SA a solicitar cualquier tipo de información relacionada con esta solicitud.

Declaración Jurada

El suscrito declara bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son completos y exactos. Acepto que el beneficio que pueda corresponderme por el siniestro denunciado se acredite en la cuenta bancaria cuyos datos individualizo a continuación, sirviendo la constancia de depósito como recibo de pago. Declaro aceptar que en caso de existir costos asociados a la transferencia los mismos estén a mi cargo.

Datos Bancarios

Banco	Sucursal	Tipo de Cuenta
Número de Cuenta	Nombre del Titular (<i>de la cuenta</i>)	

Recuerde adjuntar comprobante de cuenta bancaria o ticket de cajero.

En caso contrario, el beneficio será abonado a través de cheque Si No

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recaba y trata sus Datos Personales con el único fin de administrar su seguro, así también como para el envío de información y ofertas sobre los productos de MetLife. Al suscribir este documento, (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para el referido tratamiento de los Datos Personales que proporciono a MetLife; (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente los Datos Personales a sus afiliadas; y (iii) autorizo a cualquier médico o profesional de la salud, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento, información, registros y/o datos sensibles vinculados a la salud o actividades, sea presente o pasada, para que pueda dar o entregar cualquier antecedente, información o examen solicitados por MetLife, así también como para que ésta la incorpore en la correspondiente base de datos con la finalidad de realizar cualquier gestión específica que sea requerida a los efectos del seguro solicitado. A su vez autorizo MetLife para que solicite, reciba y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes de las personas o instituciones mencionadas. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original. Tomo conocimiento y autorizo a que tanto los empleados de MetLife como sus terceros proveedores que requieran acceso a mis datos personales para las finalidades antes mencionadas. El responsable de la base de datos es MetLife Seguros S.A., domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Usted podrá ejercer sus derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de sus Datos Personales, mediante una comunicación escrita a nuestras oficinas. Dicho derecho podrá ser ejercido en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Firmas

Firme Aquí	Aclaración	Documento de Identidad
Lugar	Fecha (<i>dd/mm/aa</i>)	

Vías de contacto

Dirección: Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo. **Email:** atencion.clientes@metlife.com.uy **Por Consultas:** 0800 2700