

Denuncia de Siniestro - Seguro Hogar



MetLife Seguros S.A.

Póliza N°

! **Importante:** Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos en su totalidad. El Asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de las 24 horas de conocerlo. El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado en el supuesto de este incumplimiento (Cláusula XVIII de las Condiciones Generales de la Póliza).

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

Datos del Asegurado

Nombres		Apellidos		Documento de Identidad	
Domicilio				C.P.	
Localidad		Departamento		Teléfono	
E-Mail			Celular		

Ubicación Afectada

Calle			N° Piso		
Localidad		Departamento		Teléfono	

Tipo de Siniestro

Incendio	Responsabilidad Civil	Cristales	Gastos de Hospedaje
Robo/Hurto	HTVC	Remoción de Escombros	
Fecha (dd/mm/aa)	Hora		Estimación del Daño (\$)

Intervención de Autoridades Competentes

Denuncia Policial	Si	No
Intervención de Bomberos	Si	No

Medidas de Seguridad

En caso de Hurto aplicará solo en caso de casas y apartamentos de planta baja o primer piso.

Sistema de Alarma	Si	No	Compañía del Sistema de Alarma
Se Activó en el momento	Si	No	
Rejas en Puertas y Ventanas de Cristal	Todas	Algunas	Ninguna
Vigilancia Permanente	Si	No	

Vínculo con otras Aseguradoras

Producto	Compañía	Valor Asegurado	Fecha de Iniciación

Hechos y Circunstancias del Evento

Describa detalladamente cómo ocurrió, en letra legible:

Describa los objetos sustraídos (marca, modelo, año y otros datos relevantes, así como valor estimado en pesos uruguayos). Los valores expresados son a los efectos informativos. El importe del beneficio se determinará conforme las estipulaciones de la póliza.

Documentación Requerida

- Denuncia policial en caso de robo y/o intervención de bomberos en caso de incendio.
- Fotocopia de Documento de Identidad
- Comprobantes de Existencias objetos robados o dañados (Facturas, boletas contado, garantías, manuales, etc.)

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

C.I.

Lugar

Fecha (dd/mm/aa)

Envío de Formulario

Correo o personalmente en:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700