

# Solicitud de Rescate / Retiro / Préstamo



MetLife Seguros S.A.

Póliza N°

## Datos del Asegurado

Nombres		Apellidos		C.I.	
Domicilio				Código Postal	
Localidad		Departamento		Teléfono	
E-Mail			Celular		
Nacionalidad 1			Nacionalidad 2		
País de Nacimiento			País de Residencia		

## Motivo de su Solicitud

Cancelación de la Póliza y Rescate Total del Fondo

Retiro Parcial (1) Monto Neto \_\_\_\_\_(2)

Préstamo Monto \_\_\_\_\_(2)

(1) Sin perjuicio de dicho retiro parcial, dejo establecido que es mi intención que mi póliza se mantenga vigente. El monto solicitado queda sujeto a la disponibilidad existente en el fondo de capitalización individual de la póliza al momento de efectuar esta liquidación.  
(2) Expresar en la misma moneda de la póliza.

## Residencia Fiscal y Nacionalidad

1. Declaro residir  no residir  en los Estados Unidos, con el siguiente N° de Identificación Fiscal \_\_\_\_\_
2. Declaro poseer  no poseer  tarjeta "Green Card" emitida en los Estados Unidos.
3. Exclusivo para el caso que participe un apoderado en representación del Asegurado.  
La persona a la que represento en el presente pedido  reside  no reside  en los Estados Unidos.

## Forma de Pago

**Transferencia Bancaria** (El Beneficiario / Asegurado Deberá ser el Titular de la cuenta bancaria.  
No se Aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros)

Banco		Beneficiario	
N° de Caja de Ahorro	\$ U\$S	N° de Cuenta Corriente	\$ U\$S
ABA Number (9 dígitos)		SWIFT Number (7-10 dígitos)	

Recuerde adjuntar comprobante de cuenta bancaria o ticket de cajero.

Otro

## Declaración

Dejo expresa constancia que el comprobante del débito en la Cuenta Bancaria de MetLife Seguros S.A. hacia la cuenta anteriormente indicada, será recibo suficiente.

Una vez acreditado el monto indicado precedentemente en la Cuenta Bancaria que aquí se detalla o recibido el cheque correspondiente, nada más tendré que reclamar contra MetLife Seguros S.A., sus accionistas o compañías vinculadas, así como tampoco contra sus respectivos Directivos o empleados, desistiendo en forma irrevocable de toda acción o derecho que me pudiera corresponder contra los mismos.

Asimismo, manifiesto que no he iniciado ninguna acción o reclamo judicial, extrajudicial, denuncia ante organismos administrativos, proceso de mediación o de cualquier otro tipo, tanto en la República Oriental del Uruguay como en el exterior contra MetLife Seguros S.A., sus accionistas o compañías vinculadas, así como tampoco contra sus respectivos Directivos o empleados.

## Información complementaria para la Solicitud

Le recomendamos leer estas condiciones antes de firmarla:

- La liquidación se realizará dentro del plazo máximo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza.
- Con motivo de la aplicación de la normativa vigente referida al encubrimiento y lavado de activos de origen delictivo, y su aplicación en la órbita del sector seguros, la Aseguradora podrá solicitar información referida al origen y licitud de los fondos utilizados para el pago de la póliza.
- En caso de haber respondido en forma afirmativa los puntos 1, 2 y/o 3 del apartado Residencia Fiscal y Nacionalidad, tomo conocimiento que la Compañía podrá brindar información sobre mi póliza y los pagos que la misma reciba o haya recibido a las autoridades impositivas de los Estados Unidos.

**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.

**Documentación necesaria para el Trámite:** Sin excepción, para poder procesar su solicitud se deberá adjuntar fotocopia del documento de identidad.

Estimado Asegurado, le informamos que a la fecha de esta solicitud, deberá tener presente que, dependiendo de la vigencia de su póliza, los retiros parciales y/o el rescate que realice, podría afectar el saldo final de su cuenta.

### Firmas

<b>Firme Aquí</b>	Asegurado	Aclaración	C.I.
-------------------	-----------	------------	------

## Vías de contacto

**Dirección:** Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo. **Fax:** 2903 3035 **Email:** [atencion.clientes@metlife.com.uy](mailto:atencion.clientes@metlife.com.uy) **Por Consultas:** 0800 2700

## Reservado para uso interno

En el día de la fecha se recepcionó la Solicitud referida a la Póliza N° \_\_\_\_\_ en la cual se solicita el pedido detallado a continuación:

Cancelación de la Póliza y Rescate Total del Fondo      Retiro Parcial      Préstamo

Medio de Pago:      Cheque en Casa Central      Transferencia Bancaria

### Firmas

<b>Firme Aquí</b>	Por MetLife Seguros S.A.	Aclaración	Fecha (dd/mm/aa)
-------------------	--------------------------	------------	------------------