

Formulario de Reclamo



MetLife Seguros S.A.

Póliza(s) N°

Nombres

Apellidos

N° de Reclamo

Motivo del Reclamo:

Detalle los datos del medio por el cual desea recibir la respuesta

E-Mail

Teléfono

DATOS PERSONALES - CONSENTIMIENTO: Al suscribir este documento (i) presto mi consentimiento previo, libre, expreso e informado para que MetLife Seguros S.A. ("MetLife") recabe y trate mis Datos Personales con el fin de administrar mi seguro, y (ii) autorizo a MetLife a transferir internacionalmente mis Datos Personales a sus afiliadas y a terceros proveedores con la finalidad de que procesen los datos por cuenta y orden de MetLife. El responsable de la base de datos es MetLife, domiciliada en Yaguarón 1407, piso 4, of. 401, Montevideo. Podré ejercer mis derechos legales de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión de mis Datos Personales mediante una comunicación escrita a las oficinas de MetLife. Podré ejercer estos derechos en forma gratuita a intervalos de seis meses, salvo que se hubiere suscitado nuevamente un interés legítimo de acuerdo con el ordenamiento jurídico.

Al suscribir este documento y marcando la opción **SÍ**, autorizo a MetLife a enviarme información y ofertas sobre los **Si** **No** productos de MetLife.

Firmas

Firme
Aquí

Aclaración

C.I.

Lugar

Fecha (dd/mm/aa)

Hora

Formulario de Reclamo Confirmación de Recepción



MetLife Seguros S.A.

Nombres

Apellidos

N° de Reclamo

Póliza(s) N°

Por el presente confirmamos que hemos recibido su reclamo del día de la fecha. El plazo máximo de respuesta no será mayor a quince días corridos, contados desde la fecha de recepción del mismo.

Firmas

Firme
Aquí

Aclaración

Cargo

Lugar

Fecha (dd/mm/aa)

Hora

Vías de contacto

Dirección:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700