|  |  |
| --- | --- |
| Siniestro: | XXXXXXXXXXXX |
| Póliza: | XXXXXX |
| Representante | NOMBRE COMPLETO/RUT O CID |
| Riesgo siniestrado (ubicación): | DIRECCION |
| Fecha de exigibilidad de los pagos: | 1-10 de cada mes (ADELANTADO/VENCIDO)) |
| Causa:  No paga alquiler  No paga Gastos comunes  No paga Servicios | MES/MONTO/VECIMIENTO    MES/MONTO/VECIMIENTO  MES/MONTO/VECIMIENTO |
| Adelanto: | TOTAL |
|  |  |
| Deducible: |  |
| Adelanto Total: | TOTAL |

**RECIBO DE PAGO DE ADELANTO**

Por la presente, dejo constancia de haber recibido de MAPFRE Uruguay Seguros S.A. ("MAPFRE") la suma arriba indicada, por concepto de adelanto de ALQUILERES/SERVICIOS/GASTOS COMUNES a los meses indicados en el cuadro del inmueble garantizado por la póliza (cláusula 23 de las condiciones generales del producto).

Asimismo, me comprometo a entregar a MAPFRE dentro de los días siguientes de ocurridos nuevos incumplimientos, de acuerdo con las condiciones generales del producto, la siguiente documentación, necesaria para las acciones administrativas y judiciales que correspondan, bajo apercibimiento de caducidad de mis derechos y el deber de reintegro de las sumas pagas por MAPFRE en caso de incumplimiento:

* Recibos de alquileres pagos hasta la fecha.
* Recibo de estar al día en el pago de la contribución inmobiliaria.
* Certificado de estar al día en el pago del impuesto a la renta de los alquileres (o documento que demuestra la exoneración de su pago). Toda otra que MAPFRE me solicite y corresponda para los fines anteriores.

Por último, reconozco y acepto que el pago de dichos adelantos no significa ni podrá ser invocado como reconocimiento formal o implícito de la existencia de cobertura. Con base en ello, me obligo a devolver a MAPFRE dichos montos si se comprobara la falta de cobertura del siniestro, si los percibiera en todo o en parte directamente del arrendatario o en caso de verificarse algunos de los otros extremos mencionados en la cláusula 23 de las condiciones generales mencionadas.

Montevideo, DÍA/MES/AÑO

Firma del Asegurado:

Aclaración de firma:

Cédula de Identidad: